

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901 — N° 42

LE
CANCER DU PHARYNX

ET LES
PHARYNGECTOMIES LARGES
(Étude Clinique et Statistique)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile ROUDIÉ

Né à Rodez, le 12 Février 1877

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE ALBERT PERRELLON

Cours Gambetta 33

1900

LE CANCER DU PHARYNX
ET LES
PHARYNGECTOMIES LARGES
(Étude Clinique et Statistique)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901 — N° 42

LE

CANCER DU PHARYNX

ET LES

PHARYNGECTOMIES LARGES

(Étude Clinique et Statistique)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1900

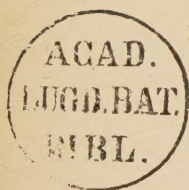
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile ROUDIÉ

Né à Rodez, le 12 Février 1877

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta 32

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR,
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVÉAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	BARD.
Clinique ophtalmologique		OLLIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	PONCET.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmacutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNEQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des Enfants	WEIL, agrégé
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS. —
Accouchements	POLLOSSON(A.)—
Propédeutique médicale	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE. —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.).	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président* ; ROCHET, *Assesseur* ;
MM. COLLET et SIRAUD, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

*Je dédie ces quelques pages comme
témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.*

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale.

Chevalier de la Légion d'honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VALLAS

Chirurgien des Hôpitaux

A M. LE MÉDECIN-PRINCIPAL ANNEQUIN

Sous-Directeur de l'Ecole

Monsieur le Professeur Poncet a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre Thèse. Pendant trois ans, nous avons été séduit par la clarté de ses leçons cliniques, par la précision de son diagnostic et la sûreté de ses opérations. Aujourd'hui nous sommes fier de placer ces quelques pages sous la haute autorité de son nom.

Le sujet de ce travail nous a été donné par Monsieur le Professeur agrégé Vallas. Qu'il veuille bien accepter tous nos remerciements et l'expression de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur agrégé Durand a droit à toute notre gratitude, nous n'oublierons pas la bienveillance de son accueil.

Nous quitterons cette École, emportant précieusement le souvenir des sympathies que nous y avons trouvées. Dans cette vie en commun, qui a quelquefois son charme, nous avons eu la bonne fortune de connaître les Docteurs Armeilla, Ceret, Lajoux, Pichon et Pons. Ils ont partagé nos joies et nos tristesses. Ils furent plus que des camarades, des amis sûrs et dévoués.

E. R.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552407_0070

INTRODUCTION

Le cancer du pharynx était, il y a peu de temps encore, décrit très brièvement dans les traités classiques.

Dans son dictionnaire en 15 volumes, Blandin écrit cette simple phrase : « Le cancer des amygdales heureusement est rare, il est tout à fait au-dessus des ressources de l'art ». Il faut arriver en 1872 pour trouver une monographie importante. Ce travail est dû à M. Alf. Poland et parut dans le *Bristich and foreign med.-chirurg. Review*, 1872, n° 921. Il fut analysé par Rendu dans les *Archives générales de médecine* de la même année. Mais, en 1879, au VIII^e Congrès de chirurgie de Berlin, Langenbeck communiqua trois observations de cancers du pharynx qu'il avait opérés. Ce fut alors le point de départ de recherches sérieuses. En 1880, Kocher publie cinq cas nouveaux. En 1882, Labbé, en France, eut un beau succès opératoire et il en fit le sujet d'une communication orale à la Société de chirurgie de Paris. En 1886, Castex fit paraître dans la *Revue de chirurgie* un article très important sur les tumeurs malignes de l'arrière-bouche. En 1887, c'est la thèse de Derecq, le remarquable article de Broca dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, etc., etc.

Et maintenant, en 1897, Kronlein compte soixante-une opérations personnelles du cancer du pharynx, ce qui est une série tout à fait remarquable pour une affection relativement rare.

Autrefois on assistait impuissant à l'échéance finale comme à une destinée fatale qui devait s'accomplir. Mais il n'est rien de plus désespérant pour un chirurgien que de laisser mourir son malade sans rien tenter pour le sauver. Aussi beaucoup de chirurgiens ont fait comme Blandin ; il taxait de témérité et d'ignorance celui qui eut entrepris d'extirper l'amygdale cancéreuse et, quelques années plus tard, il imaginait son procédé.

Notre travail est basé sur l'analyse attentive de quatre-vingts observations que nous avons empruntées à différents auteurs, notamment à Kronlein. Nous sommes heureux d'apporter notre contingent de onze observations inédites que nous avons pu recueillir à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Nous nous placerons au point de vue opératoire seul.

Nous étudierons les symptômes cardinaux du cancer du pharynx, mais nous n'insisterons que sur les signes du début, parce qu'ils permettent de faire un diagnostic précoce et une opération bienfaisante. Pour cela, nous nous appuierons sur la lecture des observations, préférant l'enseignement des faits à la didactique conventionnelle.

Quand nous aurons montré, preuves cliniques en mains, la courte survie lamentable que ce cancer réserve à ses patients, nous serons en droit de proposer un remède héroïque. Car, jusqu'à présent, l'extirpation est le seul traitement du cancer.

Et alors nous passerons en revue les divers procédés opératoires qui ont été proposés pour atteindre ce but. Des observations seront placées à la fin de chaque chapitre, mettant en évidence, d'un côté la formule du procédé, de l'autre la valeur du résultat.

Enfin, par une sorte de synthèse, réunissant les quatre-vingts cas que nous avons étudiés, nous pourrons établir une statistique qui montrera les résultats immédiats et éloignés de l'opération chirurgicale.

Nous tirerons nos conclusions, simplement, de l'observation des faits.

Bref, nous voulons examiner cette question : Le cancer du pharynx et son opération radicale en 1900 ; faire comme une étape d'où l'on puisse regarder le chemin que, en cette occurrence, la chirurgie a parcouru, où l'on puisse surtout vérifier le bilan des actes opératoires, juger leurs indications, préciser leur technique, peser leurs résultats.

CHAPITRE PREMIER

LE CANCER DU PHARYNX

SIÈGE. — Ce terme de cancer du pharynx est très élastique, on peut à sa guise en étendre ou en restreindre la compréhension. Il y a une foule de cas qui naissent aux limites du pharynx et empiètent, plus ou moins, sur les organes voisins ; ainsi, les tumeurs qui se développent vers la base de la langue, celles qui sont situées dans la partie tout inférieure et gagnent l'œsophage ; celles enfin qui s'étendent au pourtour de l'orifice supérieur du larynx. Il en résulte que ces tumeurs sont assez difficiles à classer. Nous voulons accepter ici, puisque cela nous est permis, une classification plus clinique que anatomique. Dans la plupart des anatomies topographiques, on décrit le pharynx : Une cavité limitée en haut par l'apophyse basilaire, en arrière par la face antérieure de la colonne cervicale, se continuant en bas avec l'œsophage, communiquant en avant, et de haut en bas, avec les fosses nasales, la cavité buccale et le larynx. Et on divise alors naturellement le pharynx en

trois portions : une portion nasale, une portion buccale et une portion laryngienne.

La lecture des observations nous montre que le cancer siège très rarement dans la partie nasale du pharynx, nous n'en connaissons que deux cas publiés par Kronlein. D'ailleurs les épithéliomas de cette région sont, par la plupart des auteurs, rapprochés des tumeurs malignes des fosses nasales : nous ne les étudierons pas dans notre travail.

La portion buccale du pharynx est comprise : entre le voile du palais en haut, la base de la langue et l'épiglotte en bas, la face latérale du pharynx sur les côtés ; elle comprend les piliers, l'amygdale et la portion verticale de la langue. Nous relevons dans les observations que les cancers siègent souvent à ce niveau.

Sur 31 faits observés par Castex, 21 fois l'amygdale a été la première envahie, 11 fois l'amygdale droite et 10 fois l'amygdale gauche. Dans les dix observations où le siège primitif n'était pas l'amygdale, la tumeur primitivement linguale s'était étendue sur les piliers antérieurs.

Sur 30 observations de Kronlein, nous relevons :

Amygdale.....	13
Paroi rétro amygdalienne...	5
Base de la langue et piliers.	10
Voile.....	2

Sur 10 cas que nous avons pu observer personnellement à l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous trouvons :

Amygdale.....	7
Base de la langue et piliers..	3

Sur 7 cancers primitifs de l'amygdale, la tumeur siégeait quatre fois à droite, deux fois à gauche, une fois

sur les deux amygdales, ce qui a été observé assez rarement, (obs. XIV).

La portion laryngienne du pharynx s'étend de la base de la langue au bord inférieur du cartilage cricoïde.

Sur 36 observations, nous avons trouvé que le siège primitif de la tumeur était :

Paroi postérieure du pharynx inférieur. .	8
Épiglotte	11
Sinus piriforme	17
	<u>36</u>

Ainsi les observations cliniques nous permettent de répartir les cancers du pharynx en deux catégories :

1° Les cancers de la région buccale, siégeant sur l'amygdale ou propagés de la base de la langue vers les piliers du voile — nous les appellerons cancers *oropharyngés* ou *sus épiglottiques*.

2° Les cancers de la région laryngienne qui ont pour siège de prédilection la paroi postérieure du pharynx inférieur, l'épiglotte et surtout les sinus piriformes, nous les appellerons *laryngo pharyngés* ou *sous épiglottiques*.

Voilà une division qui a une base clinique et que nous tenons à mettre bien en vedette au début de notre travail. Car à chacune de ces catégories correspondront des symptômes différents. — Pour chacune d'elles, des interventions différentes devront être tentées.

NOTIONS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est une autre remarque que nous voulons faire dès maintenant, car elle nous servira plus tard lorsque nous discuterons l'efficacité et les procédés de l'intervention :

Le Cancer du pharynx est pour ainsi dire, toujours un epithelioma. C'est ordinairement un epithelioma pavimenteux bobulé. Il est bien regrettable que les examens histologiques aient été faits aussi rarement. Nous avons pu en trouver cependant deux dans la thèse de Piérin, trois dans celle de Derecq, vingt-neuf dans le travail de Krönlein, une dans un compte rendu de Polaillon. Ces recherches microscopiques ont montré que l'on avait eu toujours affaire à des epitheliomas. Krönlein ajoute après ses observations : « Je ne doute point que dans les autres cas, qui n'ont pas été vérifiés, il ne s'agisse de pareils cancers ». Sans généraliser ainsi des faits particuliers encore peu nombreux, nous avons le droit d'écrire : Le cancer du pharynx est pour ainsi dire, toujours un epithelioma. Il ne s'agit donc pas d'un cancer à métastases et à généralisation défiant toute intervention sûre, mais d'un cancer progressant seulement de proche en proche, peut-être, guérissable avant qu'il voyage hors de l'atteinte chirurgicale. La généralisation, en effet, en est excessivement rare, elle a été observée une fois par Guilliott (1). Nous ne nous occuperons, dans ce travail, que de l'*epithelioma* du pharynx.

(1) Bulletin de la Société Anat. 1886, p. 266.

SYMPTOMES DE DÉBUT

Les néoplasmes du pharynx se révèlent à l'attention du malade et du médecin de plusieurs façons assez différentes. Il importe de bien connaître cette particularité de leur histoire pour què le diagnostic ne prenne pas tout d'abord une fausse direction, erreur des plus préjudiciables ; nous croyons donc très pratique d'insister sur ces formes du début. On en observe trois principales :

1° LA FORME GUTTURALE. — Parfois, et ce sont les cas les plus favorables au diagnostic précoce, c'est dans la gorge que le malade éprouve quelque sensation anormale : gêne pour déglutir les aliments solides, douleurs plus ou moins vives coïncidant avec le deuxième temps de la déglutition. Quelques malades ne ressentent ni gêne mécanique, ni douleurs, mais une sécheresse et une ardeur à la gorge qu'exaspèrent les repas et les exercices vocaux. Ces phénomènes peuvent précéder de plusieurs mois la constatation positive du néoplasme.

Sur 65 observations où les premiers symptômes ont été notés, nous relevons 30 fois ce début : le plus souvent, il s'agissait d'une simple gêne à la déglutition, dans 2 observations (XIII XXIX) les malades ressentaient dès le début de violentes douleurs.

2° LA FORME OTALGIQUE. — Le premier phénomène est une douleur d'oreilles. C'est surtout alors que le médecin peut prendre le change tandis qu'évolue le néoplasme qu'il importerait tant d'attaquer directement. Castex cite

une observation où, un epithelioma de l'amygdale, se révélant par une douleur violente fut, pendant un mois traité par un otologiste distingué comme affection exclusivement auriculaire.

Nous observions, il y a un mois à peine, dans le service de M. le professeur Poncet (obs. xvi) un malade qui avait un énorme cancer de l'amygdale et de la paroi latérale droite du pharynx et qui ne ressentait qu'un léger bruissement dans l'oreille droite. Parfois au contraire les douleurs sont atroces, « c'est comme une barre de fer qu'on enfoncerait dans l'oreille » disait un malade observé par Castex (Castex tumeurs malignes, arrière bouche Obs. xiv).

En somme il nous paraît important de noter que ce symptôme revêt des formes très variables depuis le léger bourdonnement d'oreille jusqu'à la douleur violente et pulsatile.

Sur 45 observations de cancers oro pharyngés nous le notons 10 fois, et sur 20 cas de cancers laryngo pharyngés 5 fois.

3° LA FORME GANGLIONNAIRE. — Dans cette 3° catégorie se rangent les malades dont l'attention est tout d'abord sollicitée par un gonflement ganglionnaire dont le siège le plus habituel est en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire. Pendant que ces phénomènes extérieurs se produisent, le malade n'éprouve ni gêne, ni douleur dans la gorge, il se croit atteint d'une tumeur du cou. Nous nous souvenons, en 1899, avoir observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un malade qui n'avait eu pendant 4 mois d'autre symptôme qu'un gonflement assez considérable de la région retro-angulaire.

Nous notons cette forme de début 17 fois sur 65 cas observés.

Ces trois formes de début sont de beaucoup les plus fréquentes — Cependant, on doit être prévenu que d'autres symptômes peuvent apparaître, quoique ce ne soit pas la règle, d'une façon précoce — Ainsi nous avons observé (observ. XIV) un malade chez qui le trismus fut le premier symptôme. Chez un autre (observ. XXXV) ce furent des hémorragies. Chez un troisième cité par Castex (tumeurs de l'arrière-bouche, observ. XIII) une salivation abondante précéda de 2 mois des douleurs irradiées dans l'oreille et des douleurs de la déglutition.

En résumé, en dépouillant 45 observations de cancers oro-pharyngés, dont les symptômes de début ont été soigneusement notés, nous relevons :

Forme gutturale.....	18
Forme otalgique.....	10
Forme ganglionnaire.....	14
Trismus.....	1
Hémorragie.....	1
Sialorrhée.....	1
	45

En dépouillant 20 observations des cancers laryngo-pharyngés ; nous trouvons :

Début guttural.....	12
Début otalgique.....	5
Début ganglionnaire.....	3
	20

La période de début terminée quels sont les signes principaux de l'affection ? Nous passerons sur ceux que l'on peut déduire *a priori* de l'anatomie et de la physiologie des organes atteints pour nous attacher particulièrement à ceux qui reviennent dans les observations avec une régularité saisissante. Ces signes doivent être divisés en subjectifs et objectifs. Les premiers provoquent justement l'inquiétude des malades, les autres sont analysés plus spécialement par le médecin.

SIGNES SUBJECTIFS. — *Les douleurs* sont d'abord provoquées par la déglutition si bien que le patient ne peut bientôt plus supporter les aliments solides, chauds, épicés, les boissons alcooliques, puis les liquides même non irritants. Comme le fait remarquer judicieusement Castex, il n'y a pas alors dysphagie à proprement parler mais plutôt *odynophagie*, c'est-à-dire douleur à la déglutition.

Mais ces douleurs ne sont rien à côté de celles que le malade ressent dans l'oreille. Ce sont alors le plus souvent des douleurs pulsatives ou lancinantes spontanées qui vont de la gorge vers l'oreille ou en sens inverse. Elles sont ressenties dans le cou, la tête, la face, sans direction ni foyers précis, elles peuvent être atroces.

Les altérations de la voix dépendent des conditions morphologiques de la tumeur. Si la tumeur occupe l'amygdale, la voix est sourde, sombre, amygdalienne, un malade que nous avons observé chez M. le Professeur Poncet avait une parole tout à fait indistincte et avait les plus grandes difficultés à se faire comprendre ; si le voile du palais est atteint, la voix est nasonnée, si l'hy-

persécrétion salivaire est abondante, elle est comme mouillée.

Une *Sialorrhée* abondante empêche quelquefois le malade de rester un certain temps la bouche ouverte. Un malade de Castex perdait jusqu'à 2 litres de salive dans les 24 heures.

L'*haleine* est infecte, elle porte une odeur de putréfaction mais seulement lorsque le ramollissement du néoplasme est très avancé.

Les *hemorragies* ne sont pas fréquentes à la période d'état. Si on touche l'ulcération, un peu de sang se mélange à la salive. Même fait s'observe après le repas ou après une conversation prolongée.

SIGNES OBJECTIFS. — L'examen même des cancers supérieurs est souvent plus difficile qu'on ne le croit. Nous nous souvenons avoir observé (observ. XIV et XV), deux malades chez qui le trismus empêchait toute exploration ; chez l'un deux on dut avoir recours à l'anesthésie. On observe ordinairement que l'amygdale est augmentée de volume. On doit suspecter ces augmentations de volume d'une seule amygdale chez des sujets d'un certain âge.

Quand le cancer siège dans la portion laryngienne du pharynx, l'exploration directe est impossible. Heureusement le laryngoscope permet de voir, même sans habitude bien spéciale de cet instrument, le sinus piriforme, siège ordinaire de la tumeur. Mais il faut pour cela que le malade puisse se prêter à ces manœuvres, que les mâchoires s'écartent largement.

L'*Etat général* s'altère rapidement : le malade s'affaiblit et bientôt succombe à l'empoisonnement cancéreux à moins que quelque complication ne vienne hâter l'issue fatale. Des accidents brusques de suffocation, des pneumonies infectieuses, l'éruption du cancer dans la trachée, des accidents de pyémie (IX) hâtent encore la terminaison fatale.

Il est intéressant de rechercher la durée des cancers du pharynx non opérés. Les observations qui suivent nous permettront de nous faire une idée à ce sujet.

OBSERVATIONS

CANCERS OROPHARYNGÉS NON OPÉRÉS

OBSERVATION I

(In Kronlein, *Klinische Chirurgie : Ueber pharynx carcinom und pharynx exstirpation*. Ob. 22, p. 101)

Résumée; Cl. Jacob. *Cancer de la paroi droite du pharynx, de l'amygdale droite, du voile. Infiltration des ganglions sous et retro-maxillaires.*

Premier symptôme : ganglion sous maxillaire en février 1882. Jugé inopérable le 2 mai 1882. Ne put être suivi. Mourut d'une chute.

OBSERVATION II

(*id.* obs. 23)

Von R. Emil, 33 ans. — *Cancer de l'amygdale droite, du voile et de la base de la langue. Infiltration des ganglions sous et retro-maxillaires.*

Il y a deux mois, premiers symptômes : Douleur pharyngienne, ganglion sous maxillaire. Mort le 7 septembre 1887, neuf mois après le début.

OBSERVATION III

(*id.* obs. 24)

B. Karl, 50 ans. — *Cancer des deux amygdales. Infiltration diffuse des deux côtés.*

Il y a un an, douleur dans la gorge. Ne put être suivi.

OBSERVATION IV

(id. obs. 25)

B. Katharina, 66 ans. — *Cancer des deux amygdales: Infiltration des deux cotés dans les ganglions sous maxillaires et cervicaux.*

Il y a trois mois, ganglion sous maxillaire. Douleur à la déglutition. Phonation indistincte. Durée de la maladie : 6 mois.

OBSERVATION V

(id. obs. 26)

R. Heinrich, coiffeur, 40 ans. — *Cancer de la paroi postérieure du pharynx buccal.*

Depuis quatre mois, enrouement, douleur pharyngienne. Mort 6 décembre 1891, 5 mois après sa consultation. Durée totale de son affection : 9 mois.

OBSERVATION VI

(id. obs. 27)

B. Emil, 49 ans. — *Cancer de la base de la langue et de la paroi droite du pharynx. Infiltration des ganglions sous maxillaires.*

Mort le 14 février. Durée entière de sa maladie : 13 mois.

OBSERVATION VII

(ip. obs. 28)

F. Johann, cultivateur, 45 ans. — *Cancer de la moitié droite de la langue du plancher buccal, du voile du palais et de la paroi du pharynx. Infiltration des ganglions sous maxillaires droits.*

Mort 28 jours après la consultation. Durée totale de la maladie : 5 mois.

OBSERVATION VIII

(id. obs. 29)

H. Sophie, 58 ans. — *Cancer de l'amygdale droite, de la paroi droite du pharynx buccal descendant jusqu'au niveau de l'épiglotte. Infiltration des ganglions sous maxillaires.*

Premiers symptômes il y a deux mois. Douleur de gorge. Mort 1 mois après la consultation. Durée totale de la maladie : 3 mois et 2 jours.

OBSERVATION IX

(*id. obs. 30*)

G, Salo, musicien, 47 ans. — *Cancer de l'amygdale droite avec ganglions suppurés du même côté.*

Premiers symptômes, il y a trois semaines; ganglions dans la région latérale droite du cou. Violentes douleurs articulaires (genou, poignet). Se présente à la clinique le 27 mai 1893. Meurt 2 jours après de pyœmie, causée par son cancer ulcéré. Durée totale de la maladie: 23 jours.

OBSERVATION X

(*id. obs. 31*)

B... Gustave, 58 ans. — *Cancer de l'amygdale droite et de la paroi droite du pharynx. Grosse tumeur ganglionnaire au cou.*

Il y a deux mois, remarqua dans la région retro-angulaire une petite grosseur. Cette tumeur augmenta rapidement. Violentes douleurs, surtout la nuit. Mort un mois et demi après s'être présenté à la clinique. Durée totale de la maladie; 4 mois.

OBSERVATION XI

(*id. obs. 32*)

U. Jacob. — *Cancer de l'amygdale droite et de la paroi droite du pharynx.*

Bon état de santé. Il y a deux mois, violentes douleurs dans l'oreille droite. Se présente à la clinique le 17 avril 1894. Mort le 8 septembre 1894. Durée totale de la maladie; 7 mois.

OBSERVATION XII (inédite)

Prise dans le service de M. le Professeur agrégé Vallas (Hôtel-Dieu de Lyon).

Cancer de l'amygdale.

B... Claude, employé de commerce, Villefranche (Rhône). 61 ans.

Il y a trois mois, le malade ressentit au pharynx de petites granulations qui se fusionnèrent bientôt, gênant la déglutition, donnant la sensation de corps étrangers.

Actuellement : ulcération sur le pilier antérieur et l'amygdale. Tumeur dure dans le sillon glosso-amygdalien, empiétant sur la base de la langue. Ganglions gros et durs dans la région rétroangulaire. Un gros ganglion du côté opposé. Douleurs dans l'oreille droite. Hémorragies. Tumeur inopérable.

OBSERVATION XIII (inédite)

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé Vallas.

Cancer de la base de la langue, des piliers et de l'amygdale droite.

P... Claude, 62 ans, cultivateur à Perpillin (Jura).

Depuis six semaines, douleurs en avalant, sensation de brûlure.

Paralysie du voile, les liquides ingérés passent par le nez. Voix nasonnée. Douleurs névralgiques de l'oreille et de la face.

La tumeur tient la base de la langue, les piliers et l'amygdale droite. Adénite sous maxillaire. N'est pas opéré.

OBSERVATION XIV (inédite)

Recueillie dans le service de M. Vallas.

Cancer de la base de la langue, des piliers antérieurs, des amygdales gauche et du voile du palais.

V... Emile, horloger, 72 ans, à Morez.

Début, Il y a six mois, par un trismus léger qui augmente de plus en plus avec de grandes douleurs. Depuis fin décembre, obligation de se nourrir uniquement avec du bouillon et des laitages.

A l'entrée, 22 avril, contracture complète des muscles masticateurs, empêchant tout mouvement du maxillaire inférieur qui semble rivé en place. Sous la mâchoire, nombreux ganglions durs. De plus, on sent au niveau de l'angle gauche de la mâchoire inférieure une tuméfaction dure, ligneuse, profonde, non mobile.

24 avril. — Sous l'anesthésie, on force le trismus, on trouve une tumeur envahissant la base de la langue à gauche, les piliers antérieur de l'amygdale gauche, le voile du palais et l'amygdale droite. Enfin, le maxillaire gauche lui-même a été envahi par la tumeur. Pas d'intervention.

En novembre 1900, nous avons écrit au malade pour avoir des renseignements sur son état de santé actuel. Nous n'avons pas reçu de réponse.

OBSERVATION XV (inédite)

Recueillie dans le service de M. Vallas.

Cancer primitif de l'amygdale droite et du pilier antérieur.

M. Michel, 54 ans, matelassier, Andancette (Drôme).

L'affection a débuté au mois de janvier par des ulcérations gingivales. A l'entrée 1^{er} juin, le malade est dans l'impossibilité absolue d'ouvrir la bouche, ce qui rend très difficile un examen complet ; on aperçoit cependant des bourgeons charnus exhubérants et ulcérés qui apparaissent au fond de l'isthme du voile du palais. La luctte a disparu, les ulcérations amènent de fréquentes et abondantes hémorragies. Extérieurement, on voit une tuméfaction de la grosseur du poing et qui fait corps avec le maxillaire. Elle se prolonge en bas jusqu'au niveau de l'os hyoïde. La peau est mobile sur la tumeur. L'haleine est extrêmement fétide. Les ulcérations ne sont pas douloureuses ; la déglutition est gênée, les aliments ressortent par le nez, la voix est éteinte et nasonnée.

2 juin. Le malade ouvre un peu mieux la bouche, on peut se rendre compte que le néoplasme a débuté par l'amygdale et s'est propagé de là au pilier antérieur, au voile du palais, a gagné le pharynx et la base de la langue. Le malade jugé inopérable est renvoyé. Nous n'avons pu avoir des renseignements sur son état actuel.

OBSERVATION XVI (inédite et personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Professeur Poncet (Hôtel-Dieu de Lyon).

Cancer de l'amygdale droite.

B... Philibert, 57 ans, cultivateur à Ménetreuil (Saône-et-Loire).

Il y a deux mois, s'est aperçu d'une tumeur à la région latérale du cou, présentant à peu près le volume d'une noisette. A ce moment pas la moindre douleur, pas de gêne à la déglutition, la voix était normale ; léger bruissement dans l'oreille droite. Un mois après, la tumeur ganglionnaire avait acquis le volume d'une noix, le malade s'aperçut à ce moment que son amygdale droite était

volumineuse et le gênait pour avaler les aliments solides.

A son entrée, 5 novembre 1900, à l'examen de l'arrière-bouche on aperçoit à droite une tumeur lisse arrondie, occupant toute la largeur de l'isthme bucco-pharyngé, débordant considérablement la ligne médiane. Le doigt se rend compte qu'elle est implantée sur l'amygdale droite, en bas cette tumeur atteint le repli glosso-épiglottique droit et plonge dans le pharynx inférieur dans des limites difficiles à préciser : sur la face gauche du néoplasme, en bas on aperçoit une ulcération large comme un franc à fond rouge vif. Quelques hémorragies, douleurs peu vives.

Du côté du cou, en arrière de l'angle de la mâchoire, tumeur ganglionnaire du volume d'un œuf de poule, dure, peu mobilisable, fixée par sa face profonde. Peau non adhérente. Pas de compression, ni vasculaires, ni nerveuses.

Signes fonctionnels : déglutition difficile, impossible pour les aliments solides. Respiration un peu gênée. Ronchus nocturne ; voix nasillarde amygdalienne, indistincte.

En résumé, sur 12 malades atteints de cancers oro-pharyngés que Kronlein a observés, mais n'a pas opérés, nous relevons cette statistique navrante : la moyenne de la vie a été de *moins de 7 mois* depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la terminaison fatale !

CANCERS LARYNGOPHARYNGÉS NON OPÉRÉS

OBSERVATION XVII (Résumée)

(in Kronlein : *Ueber Pharynx carcinom et Pharynx extirpation*) obs. 41
Cancer de la base de la langue et de la paroi postérieure du pharynx.

Début il y a 5 mois, gêne de la déglutition. Mort 2 mois après.
Durée totale de la maladie : 7 mois.

OBSERVATION XVIII

(id. obs. 42)

V. Rudolf, 57 ans. — *Cancer du sinus pyriforme gauche et du repli épiglottique gauche du pharynx, s'étendant jusqu'à l'œsophage. Perforation de la trachée. On fait une trachéotomie supérieure.*

Début il y a 6 mois, sécheresse de la gorge, crachats sanguinolents

Mort 1 mois et demi après. Duréetotale de la maladie 7 mois et demi.

OBSERVATION XIX

(id. obs. 43)

V. Rudolf, 56 ans. — *Cancer du sinus pyriforme gauche et de l'épiglotte. Infiltration des ganglions sous-maxillaires.*

Début il y a 5 mois. Douleurs pharyngiennes. Douleurs irradiées dans l'oreille gauche. Mort 3 mois après sa consultation. Durée totale de sa maladie : 8 mois.

OBSERVATION XX

(Id. obs. 44)

H. Jacob. — *Cancer de l'épiglotte et des 2 replis aryéno-épiglottiques.*

Début il y a 4 mois. Douleurs à la déglutition.

Mort 1 mois après sa consultation. Durée totale de la maladie, 5 mois.

OBSERVATION XXI

(id. obs. 45)

W. Jacob (70 ans). — *Cancer du sinus pyriforme droit et du repli aryéno-épiglottique droit. Infiltration des ganglions lymphatiques.*

Début depuis 4 semaines. Douleurs d'oreilles et gêne de déglutition. Mort 1 mois après de gangrène de la langue. Durée totale de la maladie : 2 mois.

OBSERVATION XXII

(id. obs. 46)

M. Joseph (46 ans). — *Cancer du côté gauche de l'épiglotte et du repli aryéno-épiglottique gauche. Infiltration ganglionnaire.*

Début, il y a 3 mois. Gêne et douleur dans la déglutition.

Mort 4 mois après sa consultation. Durée totale de la maladie : 7 mois

OBSERVATION XXIII

(id. obs 47).

R. Beatus (42 ans). — *Cancer du sinus pyriforme droit et de la portion droite de l'épiglotte.*

Début, il y a 6 mois, tumeur ganglionnaire

Mort 4 mois après. Durée totale de la maladie : 10 mois.

OBSERVATION XXIV

(id. obs. 48)

A. Simon, meunier. — *Cancer du sinus pyriforme droit de la partie droite de l'épiglotte et des replis aryéno-épiglottiques. — Infiltration ganglionnaire.*

Début il y a 5 mois. Adénite rétro-maxillaire.

Mort 2 mois après. Durée totale de la maladie : 7 mois.

OBSERVATION XXV

(id: obs. 49)

Sch. Jacob, 66 ans. — *Cancer du sinus pyriforme droit de la moitié droite de l'épiglotte, Infiltration ganglionnaire.*

Début il y a trois semaines, douleurs de gorge et douleurs irradiées dans l'oreille droite.

Mort 3 mois après. Durée totale : 4 mois

OBSERVATION XVI

(id. obs. 50)

B. Edouard, 57 ans. — *Cancer de la base de la langue et de la moitié droite de l'épiglotte. Trachéotomie supérieure.*

Début il y a 3 mois, douleurs de gorge.

Mort 6 jours après. Durée totale de l'affection : 3 mois et 6 jours

OBSERVATION XXVII

(id. obs. 51)

A. Karl, 51 ans. — *Cancer du sinus piriforme et des replis aryéno-épiglottiques. Cancer secondaire des ganglions (der starkste mann seines ortes).*

Il y a 3 mois, troubles de la phonation et gêne de la déglutition.

Vit encore 6 mois après.

OBSERVATION XXVIII

(id. obs. 52)

R. Jacob, 71 ans. — *Cancer du sinus piriforme gauche jusqu'à la base de l'épiglotte et de la paroi gauche du pharynx.*

Début : il y a un mois, douleurs irradiées vers l'oreille gauche. Crachats teintés de sang. Considéré comme trop âgé pour être opéré.

OBSERVATION XXIX

(id. obs. 53)

W. Gottfred, boucher, 74 ans. — *Cancer du sinus piriforme droit et de l'épiglotte, des deux ligaments ary-épiglottes.*

Il y 10 semaines; sensations de chatouillement dans la gorge

Mort de pneumonie, le 28 avril 1897.

OBSERVATION XXX

(*id. obs. 54*)

Cancer du sinus piriforme gauche et de la paroi gauche du pharynx.
Adénite gauche.

Premiers symptômes, il y a 4 mois $1/2$, début ganglionnaire.

Mort 5 mois après. Durée de la maladie ; 9 mois et $1/2$.

OBSERVATION XXXI

(*id. obs. 55*)

B., Jean, 54 ans. maçon. — *Cancer du sinus piriforme droit. Adénite rétro-maxillaire.*

Premiers symptômes : douleurs à la déglutition, il y a 4 mois.

Mort 1 mois après. Durée totale de l'affection 5 mois.

En résumé, analysant 13 cas de cancers laryngo-pharyngés non opérés, nous trouvons qu'il s'est écoulé en moyenne 6 mois depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la terminaison fatale !

CHAPITRE II

EXTIRPATION DES CANCERS OROPHARYNGÉS

On a fait le diagnostic de cancer du pharynx. Le malade insiste énergiquement pour qu'on le débarrasse de cette tumeur qui lui rend l'existence intolérable : la vivacité des douleurs, la désespérance des insomnies le poussent au suicide : l'inanition par odynophagie, les hémorragies incessantes le conduisent rapidement à la cachexie et le précipitent vers une mort fatale. Dans toutes les observations détaillées que nous avons lues, c'était le malade qui demandait l'intervention et c'était le chirurgien qui hésitait. L'opération sera grave, aussi, avant de s'y décider il est bon d'essayer le traitement spécifique pendant quelques jours. On peut espérer une erreur de diagnostic ; une syphilis méconnue ou dissimulée. Le cas de Blandin est fameux (1). Il avait opéré un homme porteur d'une tumeur ulcérée qui occupait la plus grande partie du voile, l'amygdale et une partie de la paroi correspondante du pharynx et

(1) *Maisonneuve et Montanier. Traité des maladies vénér.* 1835 p. 342.

qu'il considérait comme un cancer : l'opération fut suivie de succès, mais au bout de six mois survint une récurrence : la tumeur remplissait presque toute l'arrière-bouche ; le malade ne pouvait prendre que des aliments liquides et était très gêné pour respirer. On l'envoya à Bieêtre pour y mourir. Maisonneuve eut l'idée de lui donner de l'iode de potassium. Au bout de trois mois, le malade, entièrement guéri put aller se présenter à Blandin qui, en le voyant resta stupéfait, le croyant mort depuis longtemps.

Le chirurgien, souvent à contre cœur, s'est décidé, sur les instances du malade, à tenter une opération, cette suprême chance de salut. La tactique chirurgicale généralement adoptée contre les néoplasmes du rectum et de la vessie dicte la conduite à tenir en présence des cancers du pharynx. Il faut enlever largement la tumeur, faire une large « ectomie ». Surtout ici, nous avons essayé de mettre en évidence cette propriété que possède l'épithélioma de se généraliser seulement « à courte distance ». Sur les nécropsies qui ont été pratiquées, on a toujours vu de petits îlots néoplasiques qui diffusent autour de la tumeur principale ; avant-coureurs d'une récurrence fatale si on ne les comprend dans une large exérèse. *Pour faire ces pharyngectomies larges il faut avoir du jour, beaucoup de jour.*

Or, le pharynx a une situation profonde ; les techniques opératoires auront à s'occuper de deux temps principaux :

1° L'opération préliminaire qui, faisant une large brèche, permettra d'arriver jusqu'à la tumeur (pharyngotomie).

2^e L'exérèse même de la tumeur (pharyngectomie).

C'est ici l'opération préliminaire qui est particulièrement intéressante, surtout si l'on songe à cette région dangereuse qu'il faut aborder largement. Ainsi nous croyons bien définies ces deux étapes dans lesquelles régnaient, il y a peu de temps encore, une certaine confusion. Axel Iversen traitait de pharyngotomie sous-hyoïdienne une opération qui consiste à enlever le pharynx en grande partie avec plus ou moins de larynx, opération que Malgaigne avait déjà appelée laryngotomie sous-hyoïdienne. Il nous semble qu'il suffira de dire que l'ablation d'un cancer de l'amygdale est une pharyngectomie partielle et que la voie qui y conduit est une pharyngotomie.

I. — OPÉRATION FONDAMENTALE

Tous les agents d'exérèse ont été mis à contribution : l'écraseur linéaire, l'anse galvanique, le thermocautère, le bistouri.

Demarquay, le premier, a eu recours à l'écraseur linéaire (1863), puis Broca, en 1879, toujours après incision extérieure pour pouvoir refouler et protéger les vaisseaux. Le grand inconvénient de l'écraseur consiste dans la difficulté de circonscrire exactement son champ d'action.

Le thermocautère a été recommandé par MM. Labbé et Polaillon, mais il expose aux hémorragies secondaires. Polaillon a observé une hémorragie intra-buccale dix jours après l'opération. (*Gazette des hôpitaux* 1883, p. 266).

L'anse galvanique a été surtout préconisé par M. Labbé.

Cependant, beaucoup de chirurgiens choisissent le bistouri de préférence à tout instrument.

1^o On peut mieux se rendre compte des parties après l'ablation.

2^o On a moins à craindre les hémorragies secondaires.

Mais quelque soit l'agent d'excrèse employé, l'excrèse doit être large ; il faut dépasser les limites de l'infiltration cancéreuse et tailler généreusement dans le tissu sain. Nous croyons que rien ne montrera mieux l'inutilité des pharyngectomies économes que l'observation 45. (Résumée de l'observation 18 de Kronlein : Ueber pharynx-carcinom, etc.) où quatre extirpations trop limitées, faites successivement sur le même malade, furent, coup sur coup, dans l'espace de cinq mois, suivies de quatre récidives locales.

II. — OPÉRATION PRÉLIMINAIRE

Une énumération simple suivant un ordre vaguement chronologique serait ennuyeuse et peu instructive : ce que nous avons dit du siège habituel du néoplasme, nous a déjà permis de distinguer deux catégories de localisations. Cela nous permettra encore de faire deux grandes classes de procédés opératoires :

Ceux qui s'adresseront aux cancers oro-pharyngés ;

Ceux qui s'attaqueront aux cancers laryngo-pharyngés.

EXTIRPATION DES CANCERS ORO-PHARYNGÉS. — On peut arriver sur ces cancers par la voie naturelle, on y arrive surtout par des voies artificielles. Les uns se contentent

d'inciser les parties molles, les autres, ne trouvant pas un jour suffisant, écartent momentanément ou enlèvent de parti-pris les barrières osseuses qui limitent leur intervention.

VOIE NATURELLE. — Elle a bien peu d'indications, il faut tomber sur des cas exceptionnels ; que le néoplasme soit peu étendu, mobile sur les parties adjacentes et surtout sans adénopathies secondaires.

OPÉRATION DE BORELLI. — Sous ce nom, on décrit la simple énucléation de l'amygdale avec les doigts, après l'incision de la muqueuse.

Farmer, en 1884 (*Brist. med.*, mars 1884), essaya et put y réussir partiellement, il dut cependant avoir recours au bistouri pour enlever un prolongement que l'amygdale gauche envoyait vers la partie inférieure du pharynx.

Lorsqu'il s'agit de l'amygdale, l'amputation doit être faite au bistouri et non à l'amygdalotome. En 1836, Warren fit avec succès l'ablation par la bouche d'un cancer de l'amygdale et du voile du palais. Wistler enleva deux fois des amygdales cancéreuses en se bornant à les attirer avec une pince et à passer une chaîne d'écraseur autour de leur base. Mais qu'on ne se laisse pas séduire par la simplicité de ces opérations, elles ne peuvent pas donner une voie d'approche assez large ; dans les deux cas, il y eut une récurrence presque immédiate.

D'ailleurs dans ces interventions par voie buccale, on peut toujours craindre que le bistouri n'aille léser la carotide interne. Aussi Blandin (en 1848), Demarquay (1862),

Broca (1877) qui ont suivi cette voie d'exception, ont eu toujours la précaution préalable de mettre à nu le paquet vasculo-nerveux par une incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien et de le récliner, par **prudence**, sur un écarteur.

VOIE ARTIFICIELLE. — Ces premiers procédés que nous venons d'indiquer donnaient trop peu de jour, ceux que nous allons décrire maintenant essayeront tous d'éclaircir la voie d'approche.

A. — SECTION DES PARTIES MOLLES SEULEMENT

Malle, Ber, Verneuil eurent recours à la section médiane du voile du palais, qu'ils suturèrent ensuite.

1. PROCÉDÉ JAEGER — Pour avoir un plus vaste champ opératoire, Jaeger fendit la joue horizontalement de la commissure buccale au masséter, ce qui le força à lier la faciale dans chaque lèvre de l'incision. Ce procédé inventé pour amputer la langue a été appliqué à l'ablation d'un cancer de l'amygdale en France, par Maisonneuve ; en Angleterre, par Clément Lucas (1882), puis par Kendal Franks, en 1884.

2. PROCÉDÉ MAUNOURY VERNEUIL. — Maunoury, de Chartres, décrivit un procédé qui ouvre plus largement l'arrière-bouche et permet en même temps le curage ganglionnaire de la région rétro-maxillaire. Verneuil l'appliqua (en 1884) pour opérer un homme de 62 ans atteint d'un épithélioma du voile du palais et du pilier antérieur (il en a fait une communication orale à la Société de chirurgie du 7 mai 1884).

Ce procédé consiste en une incision parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur sur laquelle tombe perpendiculairement une incision de la commissure buccale. On approfondit la partie horizontale de l'incision pour extirper la glande sous maxillaire et les ganglions. Ligature de la carotide externe. Un écarteur à branches maintient la bouche largement béante et on peut procéder à l'ablation de la tumeur.

3. PROCÉDÉ JABOULAY. — Jaboulay fait une incision en X en face des ganglions secondaires, ordinairement vers l'angle du maxillaire inférieur; une branche va obliquement de la région sous angulaire dans la direction de l'apophyse mastoïde, l'autre suit le bord antérieur du sterno mastoïdien. Tous les ganglions sont enlevés à travers cette porte d'entrée.

Dans un 2^e temps on extirpe la tumeur amygdalienne. On a sous les yeux une région limitée, en avant par l'angle du maxillaire, en arrière par le paquet vasculo-nerveux du cou. Deux muscles, le ventre postérieur du digastrique et le stylo hyoïdien passent par devant les vaisseaux, c'est *en avant* d'eux qu'il faudra passer et glisser le doigt pour arriver sans encombre jusqu'à l'amygdale. Il suffit, en effet, d'introduire l'index par derrière l'angle du maxillaire inférieur, en avant du stylo-hyoïdien et du ventre postérieur du digastrique: obliquement en avant, en haut et en dedans. Le doigt décolle l'amygdale de sa loge en la refoulant en dedans et c'est avec la plus grande facilité que se détache le néoplasme amygdalien que le chirurgien n'a qu'à cueillir dans la cavité buccale avec les doigts de l'autre main.

B. — PROCÉDÉS QUI AJOUTENT DES SECTIONS OSSEUSES

Billroth en 1861 a eu le premier l'idée de sectionner le maxillaire inférieur afin d'aborder plus facilement une tumeur pharyngienne.

1. PROCÉDÉ CHEEVER — Cheever fit d'abord une incision horizontale sur le bord inférieur de la machoire et enleva les ganglions retroangulaires. Dans un 2^e temps, il scia le maxillaire en avant du masséter. Un doigt introduit dans la bouche, refoulait en dehors l'amygdale qui put être enlevée sans lésion d'aucun nerf ou vaisseau important. Les fragments du maxillaire suturés, Cheever laissa au dehors une ouverture de décharge pour que les produits septiques soient facilement entraînés au dehors.

2^o — PROCÉDÉ LANGENBECK. — On divise toute l'épaisseur de la joue obliquement en bas et en arrière de la commissure labiale au bord inférieur de la machoire, en avant des insertions du masséter; de là l'incision se recourbe en arrière sous la machoire jusqu'au niveau du sterno mastoïdien; en cette région, on chemine plan par plan vers la profondeur, enlevant la glande sous maxillaire et les ganglions correspondants et liant l'artère linguale. Le maxillaire est alors scié obliquement dans la direction de l'incision génienne et les fragments osseux sont écartés. On pratique alors l'extirpation de la tumeur.

Ce procédé a été employé par Gezner (1899), Bergmann (1883), Krönlein (5 opérations).

C. — PROCÉDÉS AVEC VÉRITABLES RÉSECTIONS OSSEUSES

En 1861, Billroth le premier a pratiqué sur deux malades atteints de tumeur maligne de l'isthme du gosier, la résection temporaire du maxillaire inférieur.

1^o — PROCÉDÉ MICKULIZ. — Mickuliz résèque toute la branche montante du maxillaire avec une portion variable du corps. Comme incision des parties molles, il fait d'abord une pharyngotomie latérale supérieure. Chemin faisant, il extirpe les ganglions. Arrivé au bord postérieur du maxillaire, il divise le périoste sur ce bord et décolle ensuite cette membrane sur les deux faces du maxillaire, il en fait la section sous périostée et désarticule la partie ainsi mobilisée. On a alors une large voie pour arriver sur l'amygdale et dépasser autant que possible les limites du mal.

2^o. — PROCÉDÉ MAISONNEUVE. — Maisonneuve conseillait la résection préliminaire définitive du maxillaire inférieur.

3^o. — PROCÉDÉ LÉON LABBÉ. — (Communication faite à la société de chirurgie de Paris 1882). M. Léon Labbé fit la résection préliminaire du maxillaire inférieur qui lui permit de réaliser l'ablation totale d'un epithelioma occupant l'amygdale, le voile du palais, la partie correspondante du pharynx, une portion de la langue et du plancher de la bouche. On obtient ainsi une voie très large et le néoplasme devient facilement accessible.

4°. — PROCÉDÉS POLAILLON. — M. Polaillon a successivement décrit 3 procédés, mais qui diffèrent seulement par le tracé des incisions ; nous ne voulons donner ici que sa technique générale : une incision est faite le long du sterno-mastodien jusqu'au niveau du cartilage thyroïde. Cette première incision permet de dégager l'angle de la mâchoire, d'extraire les ganglions dégénérés et au besoin de lier la carotide externe (une fois, il a lié la carotide primitive). Une seconde incision qui comprend toute l'épaisseur de la joue, part de la commissure labiale et vient rejoindre la première ; le lambeau triangulaire qui en résulte est rapidement détaché du maxillaire inférieur et rabattu sur le cou. Si cela est nécessaire, on sectionne ou on résèque une portion du maxillaire inférieur, on obtient ainsi un espace et un jour considérables pour enlever une portion du pharynx et de l'isthme du gosier.

4°. — BROEM. — (Archiv fur klinische Chirurgie XLIX (873-887) préconise une variante de la méthode de Langenbeck et de Mikuliz. Il préfère la résection définitive à la résection temporaire de la branche montante du maxillaire inférieur : l'intervention est plus facile, et les suites sont plus simples.

Mais nous ne voulons pas continuer cette énumération, nous ne décrirons pas le procédé de Weiss qui est une modification du « Maunoury Vernueil » ni celui de Küster qui rappelle l'opération de Langenbeck. Nous ne raconterons pas non plus la fameuse opération entreprise par Azzio Caselli. On en trouve régulièrement le compte rendu dans tous les traités qui se sont occupés de la question (voir Nice médical mars et avril 1885).

Il nous suffit d'avoir présenté les méthodes « types ».

Mais nous tenons à exposer plus longuement deux techniques opératoires : celle de Kronlein, de Zurich, et celle de Vallas, de Lyon.

Kronlein est, à notre connaissance, le chirurgien qui a opéré le plus grand nombre de cancers du pharynx. Une longue expérience l'a convaincu que l'on ne doit pas avoir recours dans tous les cas à un procédé immuable, mais il faut se tracer une ligne de conduite générale, une sorte de technique opératoire dont on fait l'application suivant les cas particuliers.

Voici la méthode d'opération qu'il a suivie dans 19 opérations tentées sur des cancers oro-pharyngés (1) :

1. Pas de trachéotomie prophylactique ;
2. Inhalations intermittentes de morphine et de chloroforme (?), puis anesthésie par la morphine et l'éther ;
3. La tête et le tronc du patient sont relevés.

Si nous dépouillons les 19 cas opérés, nous trouvons que Kronlein a successivement employé :

- | | |
|--|----------|
| 1. Incision transversale de la joue. | 1 fois. |
| 2. Résection et désarticulation du maxillaire inférieur | 2 fois. |
| 3. Intervention par la région sous-maxillaire (procédé Langenbeck). | 5 fois. |
| 4. Intervention par la région sous-maxillaire (d'après sa propre méthode). | 11 fois. |

MÉTHODE DE KRONLEIN. — Kronlein utilise le procédé de Langenbeck qu'il modifie de la façon suivante : « Je mène une incision à partir du coin de la bouche en descendant obliquement dans la région sous-maxillaire

(1) Klinische chirurgie, 1897, Bd 19, p. 157.

et en remontant par une ligne courbe jusqu'au bord postérieur de l'apophyse mastoïde, après quoi je pratique la résection ostéoplastique du maxillaire inférieur ».

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE M. VALLAS

Nous allons décrire maintenant la technique opératoire de M. Vallas ainsi que nous la lui avons vu appliquer maintes fois dans son service de l'Hôtel-Dieu de Lyon. M. Vallas dédaigne les tracés d'incision fixes et méthodiques. L'idée générale qui dirige son intervention est : « Se donner le plus de jour possible pour pouvoir extirper largement la tumeur cancéreuse ». Aussi fait-il, dans presque tous les cas, comme opération préliminaire, la résection partielle du maxillaire inférieur.

Les premières ouvertures doivent servir à :

1. Enlever les ganglions cancéreux ;
2. Permettre la résection du maxillaire.

Il fait une première incision verticale, carotidienne, le long du bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien ; puis, mène sur celle-ci, une deuxième incision transversale de 0,07 à 0,08 le long du bord inférieur du maxillaire.

On a ainsi un lambeau inférieur ; puis on pratique la résection partielle du maxillaire : la branche montante et une portion de la branche horizontale. De cette façon, on a une large brèche ; en écartant les deux lèvres de la plaie, on peut saisir le néoplasme entre des pinces et sectionner très largement. Pas de ligature préventive, la linguale et la faciale sont liées au cours de l'intervention.

Après l'ablation de la tumeur, on réunit la paroi pos-

térieure du pharynx à la muqueuse de la base de la langue pour isoler la plaie de la cavité buccale ; on peut ainsi obtenir la cicatrisation rapide et complète sans fistule salivaire.

Comme précautions pré-opératoires, M. Vallas rejette la « trachéotomie préventive par peur du sang », il la remplace par une opération méthodique et la ligature des vaisseaux sectionnés.

Quant aux précautions post-opératoires, M. Vallas fait un drainage à la gaze iodoformée, puis la suture de la joue. Il place ou ne place pas un appareil prothétique.

Pour l'alimentation, M. Vallas se sert, au début, de la sonde naso-œsophagienne.

Si nous examinons cette technique, nous voyons que :

1. Elle permet d'aborder largement la tumeur pharyngienne ;
2. Elle permet d'enlever les ganglions cancéreux ;
3. Elle est avantageuse en supprimant une grande partie du maxillaire inférieur dont le périoste est souvent envahi ;

Bref, elle permet de faire une intervention généreuse.

4. Les incisions ménagent l'orbiculaire des lèvres, respectent l'esthétique du malade, laissant des cicatrices cachées dans les replis du sous-menton ;

5. Par la suppression des opérations préventives, elle permet au chirurgien une opération moins longue, au malade une guérison plus rapide,

Enfin, elle a fait ses preuves (obs. 49 et 51).

EXTIRPATION DES CANCERS ORO-PHARYNGÉS

AUTORITÉ	ÂGE ET SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRATTEMENT	RÉSULTATS
Observation XXX Kronlein (OBS. III)	Homme 42 ans	Cancer ayant débuté sur l'amygdale gauche. Il y a 15 semaines, début ganglionnaire.	30 janvier 1884. Résection et désarticulation de la branche ascendante du maxillaire inférieur. Pharyngectomie supérieure.	Mort le 1 ^{re} janvier 1884.
Observation XXXI Kronlein (OBS. IV)	Homme 56 ans	Cancer de l'amygdale gauche.	Résection temporaire du maxillaire inférieur. Pharyngectomie supérieure. (Méthode Langenbeck).	Mort d'une récidive, 1 mois après l'opération.
Observation XXXII Kronlein (OBS. V)	Homme 64 ans	Cancer de la base de la langue, et de l'amygdale droite. Infiltration des ganglions sous-maxillaires.	Résection temporaire du maxillaire inférieur. (Méthode Langenbeck). Pharyngectomie supérieure.	Mort 2 mois après d'un erysipèle.
Observation XXXIII Kronlein (OBS. VI)	Homme 61 ans	Cancer de la base de la langue, de l'amygdale gauche, de la paroi correspondante du pharynx. Début il y a 1 an.	Résection temporaire et partielle du maxillaire inférieur. (Méthode Langenbeck). Pharyngectomie supérieure.	Récidive 12 mois après, mort.
Observation XXXIV Kronlein (OBS. VII)	Homme 52 ans	Cancer de l'amygdale et de la paroi gauche du pharynx. Premiers symptômes il y a 4 mois. (Douleurs dans l'oreille	22 février 1886. Résection et désarticulation de la branche ascendante. Pharyngectomie supérieure.	6 juin 1886. Mort d'un erysipèle de la face.

— 47 —

Observation XXXVI Kronlein (OBS. VIII)	Homme 70 ans	Cancer de la base de la langue et de l'amygdale droite, premiers symptômes il y a 6 mois.	Cancer ayant débuté sur l'amygdale gauche. Grand fumeur. Premiers symptômes il y a 5 mois, douleur pharyng. irradiée dans l'oreille gauche.	Réssection temporaire du maxillaire inférieur. Pharyngectomie supérieure.	Mort 29 novembre 1886 d'une récidive 5 mois après.
Observation XXXVII Kronlein (OBS. IX)	Homme 60 ans	Cancer ayant débuté sur l'amygdale gauche. Infiltration ganglionnaire considérable. Il y a 4 mois, début ganglionnaire.	Cancer ayant débuté sur l'amygdale gauche. Infiltration ganglionnaire considérable. Il y a 4 mois, début ganglionnaire.	Réssection temporaire du maxillaire supérieur. Pharyngectomie de cancrs secondaires des ganglions cervicaux.	Mort d'une récidive 5 mois après.
Observation XXXVIII Kronlein (OBS. XI)	Homme 69 ans	Cancer de la base droite de la langue et de l'amygdale droite. Infiltration ganglionnaire.	Cancer de la base droite de l'amygdale gauche. Infiltration ganglionnaire.	Réssection partielle du maxillaire inférieur. (Méthode de Kronlein). Pharyngectomie supérieure.	Guerison encouragée après 7 ans. En 1897 revint à Zurich se faire opérer d'un nouveau cancer laryngo-pharyngé à droite.
Observation XXXIX Kronlein (OBS. XII)	Homme 61 ans	Cancer de l'amygdale droite et de la paroi droite du pharynx. Infiltration ganglionnaire «chiqueur» alcoolique. Début il y a quatre mois. Ganglions.	Cancer de l'amygdale droite et de la paroi pharyngienne droite. Infiltration ganglionnaire. Début il y a 6 semaines, douleurs de gorge.	Réssection partielle du maxillaire inférieur. (Procédé de Langenbeck). Pharyngectomie supérieure.	Mort le 28 mai 1900 de Broncho-pneumonie.
Observation XXXX Kronlein (OBS. XIII)	Homme 53 ans	Cancer de l'amygdale droite et de la paroi pharyngienne droite. Infiltration ganglionnaire. Début il y a 6 semaines, douleurs de gorge.	Cancer de l'amygdale droite et de la paroi pharyngienne droite. Infiltration ganglionnaire. Début il y a 6 semaines, douleurs de gorge.	Réssection partielle du maxillaire inférieur. (Méthode de Langenbeck). Pharyngectomie supérieure.	Mort le 12 novembre 1900. Récidive 4 mois après.

AUTORITÉ	AGE ET SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Observation XXXI Kronlein (OBS. XIV)	Homme 65 ans	Cancer de la langue, de l'amygdale droite et de la paroi pharyngienne droite.	17 décembre 1890. Résection partielle et temporaire du maxillaire inférieur. (Procédé de Kronlein). Pharyngectomie supérieure.	Mort 23 décembre 1890 de Bronchopneumonie.
Observation XXXII Kronlein (OBS. XV)	Femme 62 ans	Cancer mélasialique de l'amygdale gauche secondaire à un cancer du sein.	24 mai 1892. Procédé de Kronlein. Pharyngectomie inférieure. Extirpation du cancer du sein. 4 septembre 1892.	Mort 7 septembre 1892, récidive 1 mois après.
Observation XXXIII Kronlein (OBS. XVI)	Homme 56 ans	Cancer de la base de la langue, de l'amygdale gauche, de la paroi pharyngienne correspondante. Début il y a 2 mois.	7 décembre 1893. Procédé de Kronlein. Pharyngectomie supérieure.	2 décembre 1896 vit encore après 2 ans ; présente une récidive.
Observation XXXIV Kronlein (OBS. XVII)	Homme 52 ans	Cancer de l'amygdale gauche, infiltration ganglionnaire. Début il y a 2 mois.	21 décembre 1893. Procédé de Langenbeck. Pharyngectomie supérieure.	9 octobre 1894. Récidive 9 mois après.
Observation XXXV Kronlein (OBS. XVIII)	Homme 60 ans	Cancer du voile puis de l'amygdale, plus tard de la paroi droite du pharynx, enfin de l'amygdale gauche, début il y a 6 mois.	4 extirpations sans pharyngotomie préalable, extirpation du voile. 2. Incision de la joue droite, extirpation de l'amygdale droite. 3. Extirpation de la paroi droite du pharynx. 3. Incision de la joue gauche, extirpation de l'amygdale	1 ^{re} juillet 1894. vit encore 4 mois après ces 4 opérations successives ; présente une récidive la paroi gauche du pharynx.

(OBS. XIX)	Observation XXXVII Kronlein (OBS. XX)	Homme 62 ans	début il y a 4 mois, douleur de l'oreille droite.	20 septembre 1896. (Procédé Langenbeck). Pharyngectomie supérieure.	ve 5 mois après l'opération.
			Cancer de l'amygdale gau- che et de la langue. Ganglions. Il y a 4 mois, douleur dans le pharynx.		Décembre 1896 vit encore sans ré- cidive, 4 mois après l'opération.
			Cancer de la région, retro- tonsillaire et de la paroi gau- che du pharynx. Premiers symptômes il y a 14 jours.	Procédé de Kronlein. Pharyn- gectomie supérieure.	Mort 4 jours après d'épuise- ment.
	Observation XXXVIII Kronlein (OBS. XXI)	Homme 68 ans			

OBSERVATIONS.

OBSERVATION XXXIX

(Inédite recueillie dans le service de M. Vallas)

Cancer de l'amygdale

Valuy Pierre, 59 ans, sans profession, Rive-de-Gier.

Depuis deux mois, douleurs à la déglutition, douleurs dans l'oreille droite. Tumeur implantée sur l'amygdale droite, ayant envahi le pilier droit et la muqueuse de la branche montante du maxillaire inférieur, tumeur bourgeonnant, saignant facilement, ganglions sous maxillaires. Pas de cachexie ni d'amaigrissement.

24 mars 1899. Résection d'une partie du corps du maxillaire inférieur, avec la branche montante. Ligature de nombreuses artères rencontrées en chemin. Ablation de la tumeur qui tient l'amygdale, le pilier antérieur, la moitié de la base de la langue et du voile. Sonde à demeure par le nez. Drainage à la gaze iodoformée. Suture de la joue. Appareil prothétique. Le malade n'a pas gardé son appareil prothétique.

9 mai 1899. Le malade sort en bon état, il ne reste plus qu'une fistule au cou. Il part ayant encore sa sonde nasale qu'il enlèvera lui-même.

20 Juillet 1899. Le malade écrit qu'il va actuellement aussi bien que possible, il pèse 65 kilogs et a repris jusqu'à 2 kg. 500 par semaine, la plaie est complètement cicatrisée. Il parle assez facilement, mais ne peut encore prendre que des bouillons — épais, il est vrai.

7 août 1899. Actuellement, il va bien, nous écrit-il, il est aussi lourd qu'avant l'opération et mange avec beaucoup d'appétit, viande ou légumes.

Juillet 1900. Le malade meurt d'une affection pulmonaire sans avoir présenté trace de récurrence. A donc vécu 16 mois sans récurrence.

OBSERVATION L

(inédite recueillie dans le service de M. Vallas)

Cancer occupant toute la loge amygdalienne

Durand Pierre, tailleur de pierres, né à Mazella (Saône-et-Loire).

Entré trop tard. Début il y a un an par une petite ulcération bourgeonnante sur l'amygdale gauche qui s'est peu à peu développée.

A l'entrée (27 avril 1900), on constate l'existence d'une tumeur bourgeonnante, grosse comme une noix, qui occupe toute la loge amygdalienne, envahit les piliers gauches du voile du palais et le voile du palais lui-même. La tumeur s'enfonce dans la profondeur car dans la région sous-auriculaire, sous l'angle de la mâchoire inférieure, on sent une tumeur dure, résistante, adhérente à l'os et aux plans profonds, du volume d'une mandarine. Bon état général malgré facies cachectisé.

Opération le 28 avril 1900. Incision de 0,08 le long du bord inférieur du maxillaire inférieur, deuxième incision sur la région carotidienne perpendiculaire à celle-ci. Résection du maxillaire inférieur : branche montante droite et branche horizontale à partir de la première molaire. Dissection des ganglions carotidiens sous-maxillaires et parotidiens, ablation de la tumeur, comprenant la base de la langue, l'amygdale droite, sa loge amygdalienne et la portion droite du voile du palais. Mort le 1^{er} mai.

OBSERVATION (inédite)

Recueillie dans le service de Monsieur Vallas, Hôtel Dieu-de-Lyon

Cancer de l'angle amygdalo-lingual

M. Louis, 51 ans, cultivateur à Ambromay (Ain).

Le malade vient de St-Philippe. La tumeur a débuté, il y a un an environ, en face d'une dent cariée et cassée (2^e molaire droite de la mâchoire inférieure). Elle a débuté par une rougeur indurée : la tumeur s'agrandit sans s'ulcérer envahissant la moitié droite de la langue très loin vers la base, le sillon gingivo buccal, le pilier antérieur du voile et les amygdales, la partie postérieure du plancher

buccal du côté droit. Cette tumeur n'a jamais fait souffrir le malade mais le gêne pour manger et pour avaler. Très bon état général. Ganglion sous-maxillaire.

Opération le 25 avril 1900. Première incision de 0,07 cm. de long du bord inférieur du maxillaire inférieur, deuxième incision sur la région carotidienne perpendiculaire à celle-ci. Ablation du ganglion carotidien. Résection du maxillaire inférieur : branche montante droite et branche horizontale à partir de la 1^{re} molaire. Ablation de la tumeur après résection médiane de la langue dont on laisse en place, fixée par un fil, la portion saine.

24 Juillet. Le malade est revu, son état général est excellent. Il a engraisé de 10 kilog. La plaie est parfaitement cicatrisée. Pas de trace de récurrence. On voit que le voile du palais, les piliers, la loge amygdalienne, sont confondus en une seule cicatrice; l'ouverture de l'isthme du gosier est un peu étroite.

23 novembre. Nous écrivons au malade pour avoir des renseignements sur son état de santé actuel. Il nous répond qu'il se porte bien, qu'il avale facilement, mais que la mastication est un peu pénible, la phonation est peu troublée, il se fait facilement comprendre des siens. « Dites à Monsieur Vallas, ajoute-t-il, que le je le remercie beaucoup, qu'il m'a redonné la vie. »

CHAPITRE III

EXTIRPATION DES CANCERS LARYNGO PHARINGÉS

Nous nous proposons de suivre ici, l'ordre que nous avons déjà suivi dans le précédent chapitre.

Nous aurons à nous occuper :

1° D'une opération préliminaire.

2° D'une opération fondamentale.

L'opération fondamentale ne présente ici rien de particulier, il faut pratiquer de larges « ectomies ».

Nous étudierons les opérations préliminaires qui ont été proposées pour permettre ces larges exérèses.

Pour arriver au même but : Donner beaucoup de jour sans léser des organes importants, elles suivent des voies différentes ; nous étudierons :

Les pharyngotomies sans sec-	{	Voie sous hyoïdienne.
tions osseuses,		Voie sus hyoïdienne.

Les pharyngotomies avec sections osseuses.

— avec resections osseuses.

Historique. — « Sous le nom de laryntomie, sous hyoïdienne, Malgaigne (Manuel de Méd. op., 1835) décrit le premier une opération qui consiste à pénétrer dans le pharynx entre l'os hyoïde et le cartilage thyoïde et qui rend accessible tout le cavum pharyngo laryngé ainsi que l'épiglotte et l'entrée du larynx. Vidal (Traité de path. ext., 2^e édit., 1866, p. 144), eut l'occasion d'observer un cas mortel d'œdème de la glotte. L'autopsie lui suggéra l'idée qu'on aurait pu en sectionnant le ligament thyro hyoïdien moyen, donner issue au liquide purulent, sans ouvrir le pharynx, ou encore qu'on aurait pu pénétrer dans la cavité pharyngée et scarifier l'épiglotte. Il aurait fait part de cette idée à Malgaigne, avant que celui-ci n'eut publié la première édition de manuel de médecine opératoire. Ce qu'il y a de certain, c'est que ni Malgaigne, ni Vidal ne l'ont jamais pratiquée sur le vivant. » (Langenbeck).

Nous ajouterons au point de vue historique que c'est un médecin français, Prat, qui pratiqua le premier cette opération sur le vivant, en janvier 1859 — son malade mourut peu de temps après de phtisie. Langenbeck fit la seconde opération en juillet 1862, son malade mourut également. C'est à Follin qu'est dû le premier succès durable.

Depuis lors, cette opération a été pratiquée par de nombreux chirurgiens et a fait le sujet de quatre mémoires importants dus à Langenbeck, (1870), à Aplavin de Kasan (1890), enfin à Rosenbaum, de Berlin (1895). Le premier a paru dans la *Berlinischer Klinisch Wochenschrift*, les trois derniers, dans les archives de Langenbeck. En Allemagne, la pharyngotomie sous hyoi-

dienne est appelée opération de Langenbeck. Les lignes citées plus haut, empruntées à Langenbeck lui-même, montrent bien que c'est ou Malgaigne ou Vidal qui doit être considéré comme le père de cette opération. Quel est le nom qui convient à ce procédé opératoire ? Malgaigne l'appelait laryngotomie sous hyoïdienne ; Vidal, procédé sus laryngien ; Planchon, laryngotomie indirecte ; Richet l'a appelée pharyngotomie sous hyoïdienne, et ce terme a prévalu.

Nous tenons à faire remarquer que lorsque à l'aide de cette opération on résèquera une portion du pharynx, on ne fera plus une simple pharyngotomie, mais une véritable pharyngectomie.

Nous allons étudier les différents procédés de pharyngotomies « préliminaires » destinées seulement à créer une voie d'accès qui permettra l'extirpation de la tumeur.

PROCÉDÉS SANS SECTIONS OSSEUSES

VOIE SOUS HYOIDIENNE. — Nous indiquerons tout d'abord la technique de Malgaigne, nous verrons ensuite les modifications qui ont été proposées successivement par Langenbeck, Iversen, Rosenbaum.

TECHNIQUE DE MALGAIGNE. — Voici le texte de Malgaigne (Manuel de méd. op., 2^e édit., 1866, p. 525).

« On pratique une incision transversale de 4 à 5 centimètres de longueur, immédiatement au-dessous de l'os hyoïde dont elle doit longer le bord inférieur. D'un seul coup, on divise le muscle peaucier, la moitié interne

de chacun des muscles sterno hyoïdiens, puis tournant la pointe du bistouri en arrière et en haut, on incise dans la même direction transversale la membrane thyro-hyoïdienne et celles de ses fibres qui vont à l'épiglotte. On arrive ainsi sur la muqueuse que chaque expiration fait saillir à l'extérieur. On la saisit avec des pinces et on la divise à son tour, soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux, alors se présente l'épiglotte repoussée dans la plaie par l'expiration ; on la retient à l'aide de pinces et l'on met ainsi à découvert tout l'intérieur du larynx où l'œil peut facilement diriger les instruments ».

A propos de ces lignes nous ferons les remarques suivantes :

1° Avec une incision cutanée de 4 à 5 centimètres, l'incision de la muqueuse du pharynx aura au plus ces dimensions c'est peu, trop peu pour avoir un jour suffisant, pour enlever une tumeur maligne du pharynx.

2° Les portions glottiques et sus glottiques ne sont guère abordables par cette voie, la brèche est bien trop petite pour que le chirurgien puisse ainsi plonger son bistouri dans le pharynx inférieur.

La modification Langenbeck est basée sur trois observations françaises et deux observations personnelles.

Il conseille, car il ne le fit pas lui même, de donner à l'incision une plus grande longueur que ne le veut Maligne, en effet, dit-il, les larges plaies accidentelles de la région thyroïdienne guérissent souvent avec facilité. Il montre l'utilité « pour ne pas dire la nécessité » de la trachéotomie préliminaire. Nous nous réservons de discuter plus loin cette nécessité.

La modification Axel Iversen est basée sur six obser-

vations personnelles, trois observations inédites de Stuttgart, et neuf observations que Axel Iversen a trouvées dans la littérature médicale.

Il sectionne toute la membrane thyro-hyoïdienne y compris les ligaments latéraux. « Une telle incision, dit-il, est *nécessaire* pour avoir un jour suffisant qui permette d'opérer dans le pharynx »; et plus loin il ajoute « on sectionne la branche interne du laryngé supérieur, c'est là une « ombre au tableau » mais il faut passer outre.

Cependant, pour être juste, nous devons faire remarquer que Lacour (Th, Paris 1897, page 13) assure que en rasant l'os hyoïde on peut sans blesser le nerf, inciser très loin latéralement toute la membrane thyro hyoïdienne y compris les ligaments thyro hyoïdiens latéraux.

Mais ce n'est pas tout, Axel Iversen remarque que l'incision transversale, même très large est souvent insuffisante pour permettre d'atteindre la limite inférieure de la tumeur. Il ajoute une incision verticale descendante qui commence dans le sinus pharyngo laryngé et descend sur la paroi latérale du pharynx aussi loin qu'il est nécessaire.

Modification de Rosenbaum, 1895. Rosenbaum remarque à son tour que l'incision recommandée par Malgaigne, modifiée par Langenbeck est encore trop courte. Sa longueur nécessaire dépend de l'embompoint du sujet et du volume du cou. Ce qu'il importe de savoir, c'est sur quelle largeur il faut ouvrir le pharynx. Il conclut qu'on peut, sans blesser la branche interne du nerf laryngé, sectionner toute la membrane y compris les ligaments thyro hyoïdiens latéraux, mais encore un à deux centimètres de la paroi pharyngienne en arrière des grandes cornes.

Méthode de Kronlein, 1897. — Pharyngotomie latérale.

« La méthode de Langenbeck, dit Kronlein, ne donne pas un jour suffisant. Je fais une incision cutanée qui commence sur la ligne médiane du cou au niveau de l'os hyoïde, se continue parallèlement à cet os et en remontant, puis se termine par une ligne courbe passant en avant du sterno mastoïdien. Je pénètre ensuite soit au dessus, soit au dessous de l'hyoïde suivant les circonstances ; je m'efforce de ménager le nerf laryngé supérieur, mais lorsqu'on parvient à en respecter le tronc il est souvent impossible d'en éviter les branches ».

Sur huit sujets opérés de cette manière, six ont succombé à l'acte chirurgical, l'un des malades survivants est mort plus tard de récurrence, tandis que l'autre vit encore sans récurrence, après avoir été opéré il y a deux ans.

VOIE SUS-HYOÏDIENNE. — *Procédé Jeremich.* — La pharyngotomie supra-hyoïdienne est basée sur l'observation d'un cas de tentative de suicide ;

Ce procédé consiste essentiellement à pénétrer dans le pharynx en rasant le bord supérieur de l'os hyoïde.

On peut lui faire les reproches suivants :

1° Dans la pharyngotomie sus-hyoïdienne on est bien près de l'artère linguale et du nerf grand hypoglosse.

2° Elle donne accès non dans le pharynx inférieur, mais seulement dans le pharynx buccal.

3° Et c'est là son plus grand tort. Elle ne s'appuie sur aucune base clinique.

De la lecture de ces divers procédés nous avons retiré cette impression générale : tous les chirurgiens qui ont voulu utiliser le procédé de Malgaigne ont été frappés du

peu de jour qu'il donnait. Gênés, à l'étroit, limités dans leurs interventions, chacun d'eux se hasardait à agrandir un peu l'incision classique. Axel Iversen allait même jusqu'à sectionner hardiment toute la membrane tyro-hyoïdienne, sacrifiant de parti pris la branche interne du nerf laryngé supérieur. « C'est une ombre au tableau, disait-il, mais il faut passer outre ». Et pourquoi ménager l'os hyoïde qui limite la brèche dans le sens vertical ? Nous sommes amenés à parler des opérations qui renversent cette barrière osseuse pour donner à leur intervention une voie d'accès beaucoup plus large.

PROCÉDÉS AVEC SECTIONS OSSEUSES.

Procédé Aplavin.— Aplavin devait opérer un malade porteur d'un lipome implanté sur la face postérieure du cartilage cricoïde, il lui fallait donc avoir sous les yeux le pharynx inférieur et la face postérieure du larynx. Pour ne pas blesser les deux branches du nerf laryngé supérieur, il ne voulut pas employer le procédé d'Iversen. Il imagina alors un procédé dont nous donnerons les grandes lignes :

Pour avoir un accès libre sur la partie inférieure du pharynx, il agrandit l'incision transversale par une deuxième incision, mais il eut soin de la faire non en bas, mais en haut, en sectionnant les grandes cornes de l'os hyoïde à 1 ou 2 centimètres de leur extrémité libre. Après cette section, la lèvre inférieure de la plaie pharyngée s'abaissa en même temps que le larynx ; et l'os hyoïde s'éleva vers le menton, repoussé du même coup

en arrière vers la colonne vertébrale. (*Archiv. fur Klinische chir.* 1890. Bd. XLI, p. 324-336),

De cette modification résultent les avantages suivants :

1° Le diamètre vertical de l'ouverture qui conduit dans la cavité du pharynx devient notablement plus grand.

2° La paroi postérieure du pharynx est accessible sur une plus grande étendue, si bien qu'on peut voir jusqu'au bord postérieur du voile du palais.

3° La paroi antérieure du pharynx inférieur (ou postérieure du larynx) devient elle aussi accessible à une entreprise opératoire.

2° *Technique de Vallas.* — Pharyngectomie inférieure à l'aide de la pharygotomie trans-hyoïdienne.

1^{er} Procédé : On se donne du jour par l'ostéotomie médiane de l'os hyoïde ;

Nous ne pouvons mieux faire que d'en donner la description faite par l'auteur lui-même (*Revue de chirurgie*, XX^e anné, n° 5, p. 623).

« Dans un premier temps, on fait l'incision de la peau. Cette incision médiane et verticale, part du bord postérieur de la symphyse mentonnière et s'arrête à l'angle supérieur du cartilage thyroïde. La section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané se fait du même coup. Sur la ligne médiane, on ne trouve pas de fibres du peaucier. Les vaisseaux sont insignifiants. Le plus souvent, il n'est pas besoin de placer une seule pince. Quelquefois cependant on peut trouver une veinule transversale, branche anastomotique entre les jugulaires droite et gauche.

« Dans un second temps, on procède à la dénudation

du corps hyoïdien. L'apnévrose cervicale superficielle étant incisée, on sépare au bistouri ou avec la sonde cannelée le muscle mylo-hyoïdien en deux parties latérales, de façon à dégager le bord supérieur de l'hyoïde sur la ligne médiane où doit porter la section.

« L'hyoïde, bien visible au fond de la plaie est alors sectionné dans un troisième temps. L'ostéotomie se fait très facilement avec une simple cisaille de Liston. Quand elle est terminée, les deux moitiés s'écartent légèrement l'une de l'autre, entraînant avec elles les fibres du mylo-hyoïdien. En plaçant sur chaque lèvre un écarteur on accentue l'écartement qui peut facilement être porté à 4 centimètres. A ce moment deux routes s'ouvrent devant le chirurgien. Dans la moitié inférieure de la plaie s'aperçoit la membrane thyro-hyoïdienne qui seule ferme le pharynx ; dans la moitié supérieure est la muqueuse buccale qui sépare encore cette cavité de la plaie opératoire. Pour pénétrer dans le pharynx, on incise verticalement la membrane thyro-hyoïdienne ».

Dans sa thèse « De la pharyngotomie sous hyoïdienne de Malgaigné, Paris 1896-97 » le docteur Lacour juge ainsi la méthode que nous venons d'exposer « L'opération est simple, facile à exécuter ; on ne coupe aucun nerf, aucun vaisseau important. Ce serait donc là une méthode excellente si elle donnait un jour égal ou supérieur à celui de la pharyngotomie sous hyoïdienne. Elle est excellente pour les interventions sur la base de la langue, mais la section sous hyoïdienne de Malgaigné est préférable pour pénétrer et évoluer dans le cavum pharyngo-laryngé ».

Nous retenons cette juste appréciation du Dr Lacour :

« L'opération est simple, facile à exécuter, on ne coupe aucun nerf, aucun vaisseau important ». Le Dr Lacour, a pratiqué, dit-il, la pharyngotomie transhyoïdienne sur le cadavre et n'a obtenu qu'un jour très insuffisant. Et à l'appui de son affirmation, il donne une figure représentant l'état des parties sectionnées. On y voit deux écarteurs de Farabeuf maintenant les deux moitiés de l'hyoïde sectionné et une ouverture losangique par laquelle on a attiré l'épiglotte. Evidemment cet orifice paraît petit, mais on se demande pourquoi les écarteurs *n'écartent pas les lèvres de l'incision de la membrane thyro-hyoïdienne* ; celle-ci paraît avoir été laissée tendue à dessein au-devant du pharynx pour cacher les parties sous jacentes. « En opérant convenablement, dit M. Vallas, c'est-à-dire en écartant *tout, peau et membrane thyro-hyoïdienne* on obtient une très large fenêtre losangique qui mesure *10 centimètres de haut sur 6 de large* ». La pharyngotomie sous hyoïdienne fournit un orifice présentant des dimensions bien plus faibles.

PROCÉDÉ AVEC RÉSECTION OSSEUSE

Pharyngotomie latérale avec résection d'une moitié de l'os hyoïde

TECHNIQUE DE VALLAS. — Ce chirurgien lyonnais, dans un cas, a été encore plus loin et n'a pas hésité pour se donner plus de jour à réséquer une portion de l'os hyoïde. Nous allons donner un résumé de la communication que M. Vallas en a fait le 25 janvier 1900 à la société de chirurgie de Lyon.

Il s'agissait d'un malade qui présentait une tumeur du cavum pharyngo-laryngé. La tumeur apparaissait au fond de la bouche comme une saillie rouge framboisée, s'élevant un peu au-dessus du niveau de la langue quand celle-ci était abaissée et venant manifestement de la partie droite de la région épiglottique.

L'exploration au doigt ne donnait pas d'indications bien plus précises, car il était impossible de la faire profonde et prolongée ; la tumeur en effet très vasculaire et très douloureuse saignait au moindre contact et le malade résistait par des mouvements de défense instinctive.

« Le malade insistant pour être débarrassé à tout prix, je me décidai, un peu à contre cœur, je l'avoue, à tenter une intervention radicale. Pensant que la tumeur avait pris naissance sur le côté droit de la base de la langue, dans la région épiglottique, je résolus de faire comme premier temps une pharyngotomie transhyoïdienne. Je la pratiquai après avoir fait la ligature des linguales. Arrivé dans le pharynx, je vis immédiatement que la tumeur avait une base beaucoup plus étendue que je ne le croyais ; en effet non seulement l'épiglotte était détruite par le cancer, mais le repli glosso épiglottique droit et toute la partie latérale droite du pharynx étaient envahis par le néoplasme.

A ce moment, se produisit un incident qui décida de la nature de l'intervention que j'allais pratiquer. Les manœuvres d'exploration que je venais de faire produisirent dans le tissu friable et vasculaire de la tumeur, une hémorragie veineuse abondante. En face de l'asphyxie menaçante par introduction du sang dans les voies aériennes, je fis rapidement une trachéotomie et mis en

place la canule-tampon de Trendelenburg. J'avais déjà par conséquent une longue incision médiane s'étendant à peu près sur toute la hauteur du cou. Pour pouvoir me rendre maître de l'hémorragie, il me fallait voir encore la paroi latérale du pharynx. Alors, je réunis à l'incision médiane l'incision de la ligature de l'artère linguale droite. D'un coup de ciseau transversal, je coupai la membrane thyro-hyoïdienne au-dessous de l'os hyoïde, et dès lors, le vaste lambeau compris entre ces deux incisions faites à angle droit tomba comme un rideau et découvrit toute la région. Je pus donc tout à mon aise extirper la tumeur. Elle s'étendait, en hauteur, de la limite inférieure du pharynx, à la région amygdalienne et en largeur occupait toute la paroi latérale du pharynx. La moitié droite de l'os hyoïde qui adhérait par sa face profonde à la tumeur fut emportée avec elle. La perte de substance faite au pharynx mesurait 10 à 11 centimètres de hauteur sur 6 de largeur, et la pharyngienne inférieure fut liée à un centimètre environ de son origine sur la carotide externe. La plaie fut tamponnée à la gaze aseptique, la peau suturée par dessus sans suture isolée de la muqueuse pharyngienne et une sonde oesophagienne passée par les fosses nasales pour alimenter le malade. »

AUTORITÉ	ÂGE ET SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Observation LIII Anger et Perrin	Homme 66 ans	Epithéliome de épiglottide. Premier sympt. : Tr. déglutit et de phonation.	21 oct. 1876. Pharyngotomie sous hyoïdienne (Op. Malgaigne) (alimenté par sonde introd. dans la plaie).	Plaie fermée en décembre.
Observation LIV Studsgaards (N. AXEL IVERSEN)	Femme 41 ans	Epithel. de paroi post. de pharynx : Tr. de déglutit ody- nophagie.	14 février 1878. Trachéotomie Pharyngotomie sous hyoïdienne curettage.	Récidive 8 mois après, mort.
Observation LV Axel Iversen	Femme 34 ans	Epithel. de paroi post. du pharynx.	Pharyngotomie sous hyoi- dienne, une incision verticale Pharyngect. inf.	Récidive 5 mois après.
Observation LVI Axel Iversen	Femme 51 ans	Epithel. de paroi post. de pharynx depuis 6 mois. Tr. de déglutit (premier sympt.)	3 juillet 1883. Chloroforme Pharyngotomie sous hyoïd. méd. Pharyngect. inf.	Récidive 9 mois après, mort.
Observation LVII Axel Iversen	Femme 44 ans	Epithel. de paroi post. de pharynx 1 ^{er} Sympt. Tr. déglut.	Pharyngotomie sous hyoi- dienne. Pharyngectomie.	Récidive 13 mois après.
Observation LVIII Axel Iversen	Femme 48 ans	Epithel. de face poster. du pharynx. 1 ^{er} sympt. : Tr. de déglutit.	21 sept. 1883. Trachéotomie. Pharyngot. sous hyoïdienne. Pharyngect. inf.	Récidive 11 mois après.
Observation LIX Axel Iversen	Femme 48 ans	Epith. paroi post. Pharynx.	12 juillet 1884. Etherisat. Trachéotomie, Pharyngect. inf.	Pas encore de récidive 5 mois après.

AUTORITÉ	AGE ET SEXE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Observation LX Schuiten	Homme 54 ans	Épithél de épiglottle, début, il y a un an.	Trachéotomie (qui entraîne bronchite féfide), Pharyngec- tomie inf.	Pas encore de ré- cidive après 5 mois.
Observation LX Sebileau (VIL. LESIGNEUR)	Homme 50 ans	Epithél de épiglottle.	Pharyngotomie sous hyoïd. Pharyngect. inf.	Mort 8 jours après de Broncho- pneum.
Observation LXI Kuster	Femme 53 ans		Pharyngotomie sous hyoï- dienne, incision longeant le bord ant. du St-Mast, Pharyn- gect. inf.	Mort de médiast- inite septique.
Observation LXII Kuster	Homme 60 ans		Id.	Mort de collap- sus.
Observation LXIII Woods	Femme 44 ans	Epithél de paroi post de Pharynx.	Trachéotomie, Pharyngecto- mie sous hy. Pharyngect. inf.	Pas encore de ré- cidive après 2 mois.
Observation LXIV Rosenbaum	Homme 64 ans	Epithél. épigl. et reflé glosso	Chlorof. Pharyngotomie sous hyoïd. Pharyngect. inf.	Pas encore de ré- cidive après 2 ans.
Observation LXV Monod	Homme 40 ans	Epith. de épiglottle.	Tracheot. Pharyngot. sous hyoïd. Pharyngect. inf.	Mort 7 jours après de septicé- mie.
Observation LXVI Kronlein	Homme 51 ans	(Depuis 7 mois), Base de la langue, portion inférieure des sinus pyriforme, de la paroi droite du Pharynx.	3 novembre 1884. Pharyn- gectomie inférieure.	Récidive 15 mois après, mort 17 mars 1886.
Observation LXVII Kronlein	Homme 64 ans	(Depuis 2 mois), Epithélioma de la base de la langue du sinus pyriforme, droit et de moitié	20 mai 1894. Trachéotomie, prophylactique. Pharyngoto- mie sous hyoïdienne (Meth. Lan-	Mort 25 jours après l'opération.

OBSERVATION LXXVII

(In *Revue Chirurgie* XX^e année 10 mai 1900, p. 626)

Cancer de l'épiglotte

Homme de 50 ans, porteur d'une tumeur de l'épiglotte et du sillon épiglottique. Douloreuse, gêne la déglutition et saigne facilement. Le 17 novembre 1895. M. Vallas procède d'abord à la trachéotomie préventive et à la mise en place de la canule tampon de Trendelenburg. Ostéotomie médiane de l'os hyoïde, le doigt introduit dans la plaie sent la tumeur derrière la membrane thyro-hyoïdienne. Cette membrane est incisée et on pénètre dans le pharynx. Avec une pince, M. Vallas saisit et attire au dehors la tumeur. Section aux ciseaux courbes détachant les parties malades. Une sonde à demeure naso-œsophagienne est placée pour assurer l'alimentation du malade. Le lendemain, la canule trachéale est enlevée. Il n'y eut aucune complication infectieuse et 5 semaines après la cicatrisation était achevée. Le malade fut présenté en janvier 1896, à la Société des Sciences médicales au moment de quitter l'hôpital.

OBSERVATION LXXVIII (inédite)

Recueillie dans le service de M. Vallas

Cancer des replis glosso-épiglottiques

R. Joseph, mouleur de fonte, 50 ans, Givors (Rhône).

Début, il y a 18 mois, par de la difficulté à déglutir qui devient bientôt de la dysphagie. Enfin depuis le mois d'avril 1899, la voix devenait voilée. Actuellement odynophagie intense, dysphonie considérable. Du côté droit, volumineux paquet ganglionnaire carotidien très dur. A l'examen physique, au laryngoscope, on constate du côté droit de la base de la langue, au niveau des replis glosso-épiglottiques, une tumeur bourgeonnante, saignante, dont il est difficile d'apprécier les limites. Amaigrissement notable et rapide depuis deux mois de 12 kilog.

25 juillet. On va procéder à l'ablation de la langue par la voie trans-hyoïdienne. Incision du côté gauche et ligature de la

linguale gauche. Incision du côté droit, ablation d'une volumineuse masse ganglionnaire au milieu de laquelle se trouve la jugulaire interne qu'on résèque. A ce moment, la respiration s'arrête brusquement, cyanose, le cœur continue cependant à battre. On essaye de rétablir la respiration par tous les moyens mais en vain, le cœur s'arrête, les pupilles se dilatent. Mort.

OBSERVATION LXXIX (inédite)

Recueillie dans le service de M. Vallas

Mathieu Ferdinand, 67 ans, comptable, Mâcon.

Le malade se plaint d'avoir mal à la gorge depuis 2 mois. Douleur continue et sourde. Gêne considérable de la déglutition. Voix nasonnée. Au toucher, on sent une ulcération qui occupe l'épiglotte et qui se prolonge sur la base de la langue. Pas de ganglions sous-maxillaires, Crachats parfois striés de sang. Les douleurs s'irradient dans l'oreille et dans la tête.

1^{er} juin. Pharyngotomie transhyoïdienne. On arrive facilement sur la tumeur qui occupe exactement la ligne médiane sans envahir les parois latérales du pharynx. Elle est sectionnée en son milieu et par l'ouverture opératoire, la moitié gauche saisie avec une forte pince est amenée au dehors, éversée et mise sous les yeux. On enlève alors facilement le néoplasme en dépassant alors largement la zone d'envahissement. Même manœuvre du côté gauche. Deux fils profonds sont alors passés embrassant dans leur anse l'épaisseur de la plaie opératoire. Pas de ligatures. Le malade meurt dans la nuit par asphyxie.

OBSERVATION LXXX (inédite).

Recueillie dans le service de M. Vallas

Cancer de la base de la langue et des replis glosso-épiglotiques.

Bailly, Claude, 66 ans, garde-champêtre, Estrablin (Isère), entré le 10 septembre 1900, sorti le 3 novembre.

Ethylisme, le malade a beaucoup fumé. Début il y a deux mois par une petite grosseur au niveau des dernières molaires du côté droit. Elle s'est accrue peu à peu et actuellement on la sent se prolonger sur la base de la langue et jusqu'aux replis glosso-épiglot-

tiques, peut-être même jusqu'à l'épiglotte. Le sillon gingivo labial n'est pas envahi. La tumeur est ulcérée en son milieu, ses bords sont éversés et indurés. Violentes douleurs irradiées dans l'oreille droite. Mastication et déglutition pénibles.

19 septembre. Par la voie transhyoïdienne, amputation de la langue. Ligature préventive des deux linguales, à droite sans incidents. Avant de lier la linguale gauche, on enlève la glande sous maxillaire ainsi que les ganglions de la région. Ligature de la faciale et du tronc thyro-linguo facial. Incision de la région hyoïdienne. Hémorragie en nappe assez considérable. La langue est séparée de ses attaches avec le plancher de la bouche, sectionnée et attirée au dehors. On conserve à droite le plus possible du plancher de la bouche et on peut, au moyen de deux points de suture, reconstituer une couverture muqueuse. Par l'ouverture transhyoïdienne, le malade étant debout on voit nettement à chaque mouvement d'inspiration, l'épiglotte s'abattre avec un bruit de clapet sur l'ouverture supérieure du larynx. La dyspnée inspiratoire résultant de ce mouvement cesse dès que l'on attire en avant l'épiglotte en saisissant avec une pince ce qui reste du sillon glosso-épiglottique; on rend définitive cette disposition en l'accrochant à la sangle mylo-hyoïdienne par un point de suture.

La tumeur s'étendait en arrière jusqu'au sillon glosso-amygdalien, mais en respectant le pilier antérieur.

8 septembre. Légère albumine dans les urines.

3 novembre. Sort complètement guéri. On le comprend facilement. Il avale bien.

22 novembre. B., répondant aux renseignements que nous lui demandons, nous écrit : « Je ne vais pas trop mal, j'ai engraisé d'une façon sensible. » Il lui est encore difficile d'avaler les aliments solides, mais il se nourrit de laitages et de purées. « Je me fais comprendre assez bien, il n'y a que les phrases longues qui me sont difficiles à exprimer. En définitive état satisfaisant ».

RÉSULTATS ET STATISTIQUES

Maintenant nous pouvons jeter un regard d'ensemble : examiner les résultats des interventions chirurgicales, noter les causes de la mort post opératoire, compter les récidives, calculer les mois de survie que l'opération a donnés aux malades : bref, juger la légitimité de l'acte chirurgical.

La chirurgie du cancer cause tant de désillusions « Je suis las d'abattre du cancer ! disait Verneuil ». Car ici, ce n'est pas seulement la prouesse opératoire qu'il s'agit d'enregistrer, mais la durée de la survie, l'importance du résultat définitif. Parlant de ces résultats, Castex, disait en 1886, « La statistique ne peut pas encore se prononcer, les documents écrits sont en nombre insuffisants » Mais depuis, la chirurgie du pharynx a fait beaucoup de progrès, les opérations se sont multipliées, les observations ont paru plus nombreuses. Kronlein a fait connaître ses travaux importants, le fruit de seize années d'étude. En 1900, nous voulons tenter un essai de statistique sur tous les cas que nous avons pu rassembler.

Dans notre premier chapitre, nous avons fait cette remarque navrante d'après les observations cliniques. (Observ. 1 à 10). En moyenne, chez un malade atteint d'un can-

cer oro-pharyngé non opéré, de l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la mort, il s'écoule 7 mois.

Si maintenant nous examinons les résultats de l'intervention chirurgicale nous trouvons :

Sur dix-neuf opérations radicales pratiquées par Kronlein, les résultats ont été :

Quatre décès post opératoires, Bronchopneumonie 2 (Observ. 26, 28), Collapsus 1, (observ. 17). Epuisement 1 (Observ. 35).

Quant aux quinze survivants :

Dix ont succombé à une récurrence après une survie de sept mois en moyenne; la durée de la vie, depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la mort a été de quatorze mois.

Un vivait encore quatre mois après, mais présentant une récurrence.

Un est mort d'une maladie intercurrente.

Trois vivaient encore en 1897, l'un sans récurrence (observ. 47), l'autre, après deux ans, avec récurrence (observ. 43), le troisième bénéficia d'une guérison durable de sept ans (observ. 37).

Sur sept cancers oro-pharyngés, M. Vallas a appliqué trois fois sa méthode :

Son premier opéré (en mars, 1899), vécut seize mois et mourut en juillet 1900 d'une affection pulmonaire sans avoir présenté trace de récurrence (observ. 49).

Son deuxième opéré mourut des suites de l'acte chirurgical (observ. 50).

Le troisième vit encore depuis huit mois sans présenter de traces de récurrence (observ. 51).

En faisant l'analyse de quinze, opérations pratiquées

sur des cancers laryngo-pharyngés par différents chirurgiens (observ. 52 à 65 et 75 et 76), qui ont employé la pharyngotomie sous hyoïdienne de Malgaigne plus ou moins modifiée, nous relevons :

Morts des suites de l'intervention cinq : Bronchopneumonie (observ. 60) ; Médiastinite septique (observ. 61) ; Collapsus (observ. 62) ; Septicémie (observ. 65) ; Folie post opératoire (observ. 75).

Récidive après moins de sept mois.... 5.

Pas encore de récidive après cinq mois.... 4

— — — — — deux ans..... 1

Sur huit opérations pratiquées par Kronlein :

Méthode de Langenbech.... 2 fois.

de Kronlein..... 6 —

Six patients ont succombé à l'acte chirurgical : 4 de bronchopneumonie ; 2 d'hémorragies. L'un des survivants est mort d'une récidive, quinze mois après (obs. 66). L'autre vit encore après avoir été opéré, il y a deux ans.

Sur quatre opérés de Vallas :

Le premier a fort bien supporté l'intervention ; deux ont succombé à l'acte chirurgical.

Le quatrième vit encore quatre mois et demi après l'opération sans récidive, et dans un état de santé satisfaisant.

Le cancer du pharynx a une généralisation très rare, il gagne seulement de proche en proche. En enlevant largement la tumeur, en coupant à bonne distance dans les tissus on doit logiquement espérer un bon résultat. Si cependant nous avons des résultats aussi sombres c'est que les malades s'illusionnent et que les médecins

s'attardent : il faut donc opérer tôt et large. On ne peut pas poser des règles générales précises de l'intervention, les auteurs classiques admettent avec Castex :

Lorsque le néoplasme est circonscrit on doit opérer.

Lorsque la tumeur s'accompagne d'adenopathies secondaires, limitées, il est avantageux d'opérer.

Lorsque l'envahissement néoplasique est considérable, la masse ganglionnaire peu mobile, et seulement si les douleurs sont intolérables, il est licite d'opérer.

Dans les autres cas on doit s'abstenir.

M. Vallas va beaucoup plus loin, il a eu des succès opératoires avec des engorgements ganglionnaires immobiles. Pour lui, il n'y a qu'une contre indication, après la cachexie avancée, *l'impossibilité anatomique d'enlever tout le néoplasme.*

Une guérison temporaire, quelques mois de survie, l'atténuation des phénomènes douloureux qui torturent le malade, de la déglutition putride qui l'empoisonne et des pertes hémorragiques qui le précipitent vers la cachexie : voilà les bienfaits à espérer de cette opération. Elle est bienfaisante surtout si l'on songe qu'elle s'adresse à des malheureux qui ont perdu toute espérance. Elle le deviendra plus encore à mesure que les médecins s'habitueront à porter des diagnostics précoces, à se décider plus tôt à intervenir. Le vrai et l'unique moyen de salut, l'opération donnera ses plus beaux résultats quand elle sera résolument hâtive et large.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer du pharynx est, le plus souvent, un épithélioma des muqueuses ; la généralisation en est exceptionnelle, il progresse de proche en proche.

L'étude de quatre-vingts observations cliniques nous permet : 1° de diviser, quant à leur siège, ces néoplasmes du pharynx en deux catégories les cancers oro-pharyngés et les cancers laryngo-pharyngés ; 2° de reconnaître que les symptômes subjectifs du début peuvent précéder de plusieurs mois la constatation de la tumeur ; 3° d'admettre que ces symptômes sont, par ordre de fréquence : la gêne de la déglutition, une adénite-symptomatique, des douleurs irradiées dans l'oreille correspondante.

Il s'écoule, en moyenne, de six à sept mois, depuis les premiers symptômes jusqu'à la terminaison fatale.

II. — On n'a, jusqu'à présent, d'autre traitement du cancer que l'exérèse large et précocce. Ici l'intervention procède par opération préliminaire (pharyngotomie) et par opération fondamentale (pharyngectomie).

Le principe de l'opération fondamentale est : opérer tôt et large.

III. — Pour les cancers oro-pharyngés, la voie naturelle, l'incision des parties molles ne donnent pas assez de jour. Il faut faire des résections partielles du maxillaire inférieur.

IV. — Quant aux cancers laryngo-pharyngés, l'opération de Malgaigne n'ouvre pas une brèche assez grande; les modifications de Axel Iversen et de Rosenbaum sacrifient des organes importants. Il faut avoir recours à des sections ou même à des résections de l'os hyoïde ainsi que le recommande M. Vallas.

V. — L'opération est, d'abord, bienfaisante en atténuant les douleurs qui torturent des malades voués, à brève échéance, à une mort fatale.

Une statistique basée sur cinquante-deux opérations nous accuse une mortalité post-opératoire de 27,2 o/o pour les cancers oro-pharyngés et de 32 o/o pour les laryngo-pharyngés; de plus, la récurrence est, pour ainsi dire, la règle.

Mais l'opération a donné, dans six cas, une survie qui équivalait à une guérison. Enfin, si l'on compare la survie des non-opérés et celle des opérés, on trouve pour ces derniers en moyenne un gain de vie de sept mois.

Les pharyngectomies sont des opérations à recommander surtout précoces et larges.

La gravité du mal légitime la gravité de l'intervention.

Le Président de la Thèse.

PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 28 Novembre 1900.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

COMPAYRÈ.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGELESCO. — Epithelioma primitif de l'épiglotte (*Bulletin des Soc. anat.*, Paris 1895. t. IX, p. 764).
- APLAYIN. — Zur technich der pharyngotomia sub hyoidea, etc (*Arch fur Klinische Chirurgie*, 1890, Bd XLI, p. 324-336).
- BOEKEL. — *Gazette hebdomadaire* (1863).
- BILLROTH. — *Archives de Chirurgie de Langenbeck*, 1862.
- BROEM. — *Archiv. fur Klin. Chirurgie*, XLIX-1895.
- BROCA. — Art. Pharyngotomie. *Dict. encyclop. de méd.*, Paris 1887, t. XXIV, p. 42.
- CASTEX. — Tumeurs malignes de l'arrière bouche (*Revue de Chirurgie*, Paris 1886).
- CHEEVER. — Cancer de l'amygdale (*Boston Med. and surg. journ.*, 1878).
- DEMARQUAY. — Ablation d'un cancer de l'amygdale, etc. (*Bullet. de Soc. Chirurgie*, 1862 2^e éd. III, p. 467).
- DEPAGE. — Cinq cas d'extirpation du pharynx pour cancer (*Ann. dp Soc. belge de chirurgie*. Bruxelles 1895).
- DERECQ. — Epithelioma primitif de l'amygdale (*Th. Paris* 1886-87, n° 127).
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, T. 5, p. 244.
- FARMER. — *Bristish med. journ.*, 1884, p. 602.
- GEILLIOT. — *Bullet. de la Soc. anat.*, Paris 1880.
- HONSELL. — *Beitrag zur Klinische Chir.*, XXV, 1895.
- HUTINEL (et LONGUET). — *Bullet. Soc. an.*, Paris 1875.
- JABOULAY. — *Lyon Médical*, 1896.
- JÆGER. — *Journal de Hecker's*. 1834.
- JEREMICH. — Pharyngotomia supra hyoidea (*Arch. fur Klin. Chir.*, 1895. Bd XLIX, p. 793).
- KRONLEIN. — Ueber paryncarcinon und pharynx extirpation (*in Beitrag zur Klin. Chir.*, (19) 1897.
- LABBÉ. — *Soc. Chirurgie*, Paris. Séance 25 juillet 1882.

- LACOUR. — *Pharyngotomie sous hyoïdienne* (Th. Paris 1896-97).
- LANGENBECK. — Ueber Pharyngotomia sub hyoidea (*Berliner Klin. Wochenschrift*, T. VII, 1870).
- LESEIGNEUR. — *Etude sur la Laryngotomie*, Th. Paris 1894.
- LUCAS (Clément). — *The Lancet*, 21 oct. 1882.
- MALLE. — *Traité de méd. op.* in *Encycl. des Sc. Méd.*, p. 807, 1841.
- MALGAIGNE. — *Manuel de médecine opératoire*, 7^e édit. 1861. p. 525.
- MICKULIS. — Die seitliche pharyngotomie, etc in *Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, n^o 10, p. 157.
- MONOD (Ch.). — *Bulletin de Soc. Chirurgie*, 1886, t. XII, p. 126.
- PIERIN. — *Epithelioma de l'amygdale*. Th. Paris 1879. p. 267.
- PERRIN. — *Epithelioma de la glotte*, in *Ann. Malad. oreilles, etc.*, 1882, VIII.
- POLAILLON. — *Réflexion sur les larges ablations des cancers de l'isthme du gosier, etc.* in *Gazette Médic.*, Paris 17 oct. 1886.
- RENDU. — *Cancer des amygdales*. *Arch. génér. de Méd.*, Paris 1872. T. II, p. 227.
- ROSENBAUM. — Die Totalexstirpation der Epiglottis, etc. *Arch. für Klin. Chirurgie*, 1895, Bd 49, p. 773-792.
- SCHULTEN. — *Jahresbericht de Virchow et Hirsch*. Bd II, p. 368.
- VALLAS. — *De la Pharyngotomie transhyoïdienne* (*Gazette des Hôpitaux*, 16 janvier 1896).
- *Indicat. de l'ostéotomie de l'os hyoïde* (*Soc. Chirurgie Lyon*. Séance 17 juin 1897).
- *Pharyngotomie latérale* (*Bulletin de Soc. Chirurgie de Lyon*, 1899).
- *Ablation d'un cancer de la base de la langue de l'amygdale, etc.* (*Lyon Médical*, 24 juin 1900).
- *De l'ostéotomie médiane de l'os hyoïde* (*Revue de Chirurgie*. XX^e année, 10 mai 1900).
- VIDAL (de Cassis). — *Traité path. ext. et de méd. op.*, 2^e édition. Paris 1846, T. II.
- WOODS. — *A cure af subhyoid pharyngotomy* (*Méd. Press, et Circ.* London 1893, t. 56).
-

